

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

Voir classeur N° 507121

N° W19-497414

ND :
15/16.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2454 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Rafiq Abdelhaf

Date de naissance : 14/12/83

Adresse :

Tél. : 0628896208 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR ANWAR M'hamed Yassine
Bd. Abou Bakr El Kadri Résidence Nam
Imme. 7 Appart. 2 - 1er Etage Sidi Maârouf
090061383

Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : Kenfachoui Hajja

Age : 45 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Affection psychotique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : 03 JAN. 2020 Le : 03/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/12/19				INP : Clinique VILLA de l'Oasis - 25 5200
			03/12/19 au 05/12/19	920000 dh

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr ANWAR Mohamed Dr. Abo Al Magblan	03/12/19	INP N° : 090061383

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

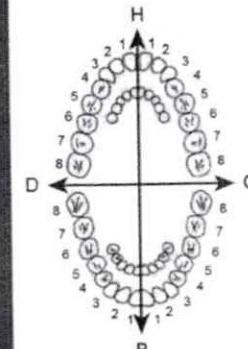
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

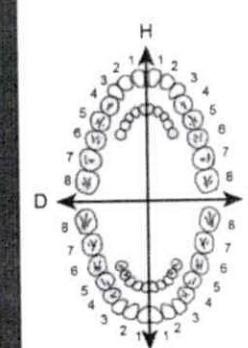
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

F A C T U R E

ICE: N° : **436 / 2019** du **05/12/2019**

Médecin traitant : DR. ANWAR YASSINE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme KENFAOUI MAJDA	PAYANT	03/12/19 05/12/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
ACCOMPAGNANT SUITE		2,00	500,00	1 000,00
CHAMBRE PSYCHIATRIQUE		2,00	1 700,00	3 400,00
SUPPLEMENT SUITE		2,00	900,00	1 800,00
HOPITAL DE JOUR		1,00	900,00	900,00
ECG	K30	1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	7 300,00
PHARMACIE		1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total clinique	7 700,00

DR. ANWAR YASSINE (psychiatre)	V3K15	3,00	500,00	1 500,00
			Sous/Total	1 500,00
Total autres prestations				1 500,00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	9 200,00
NEUF MILLE DEUX CENTS DIRHAMS					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
Virement VE	9 200,00	9 200,00			

*Clinique
VILLA DES LILAS
Bd. de l'Oasis Casablanca
tel : +212 522 77 66 66
Fax : +212 522 25 52 00*

CLINIQUE VILLA DES LILAS

Casablanca

Reçu de caisse

Numéro dossier	Nom du patient	Date encaissement
9L032000	KENFAOUI MAJDA	06/12/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Virt	Virement VE	9 200,00
	Total payé	9 200,00

*Clinique
VILLA DES LILAS
Ed. de l'Océan - Casablanca
Tel: +212 32 22 25 52 00
Fax: +212 32 22 25 52 00*

CLINIQUE VILLA DES LILAS

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **Mme KENFAOUI MAJDA**

Chambre : **L4-18**

Médecin traitant **ANWAR YASSINE**

Prise en charge **Payant**

Date entrée **03/12/2019**

Date sortie **05/12/2019 16:10**

Clinique
VILLA DES LILAS

Box de l'entrée Casablanca
Tél : +212 5 22 77 66 66
Fax : +212 5 22 25 52 00

L'infirmier

Le major

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : KENFAOUI MAJDA

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
MULTI 5 (001)	1,00	350,00	350,00
PARA (001)	1,00	50,00	50,00
Sous-Total parapharmacie			400,00
Total pharmacie			400,00

*Clinique
VILLA des LAS
Ed. de l'Oasis
Tel. +212 52 25 66 66
Fax : +212 52 25 52 00*

Casablanca, le 05/12/2019

Compte-rendu d'hospitalisation à l'attention
du médecin conseil de MU PRAS

Cher collègue,

Mlle KENFAOUI MAJDA née le 11/01/1994

Mlle KENFAOUI MAJDA née le 11/01/1994 a été hospitalisée à la clinique Villa Des Lilas du 03/12/2019 au 05/12/2019 pour un accès psychotique aigu. L'examen psy histique à l'admission a relevé un syndrome de lissant, des troubles perceptifs et des troubles du jugement. Par ailleurs, la patiente rapportait des symptômes d'anxiété et une insomnie d'endormissement. Elle a été mise sous traitement Antipsychotique ainsi qu'un traitement Anxiolytique adjuvant. Elle est déclarée satisfaite à la date de ce jour (05/12/2019). En restant à votre disposition pour cette patiente.

Confraternellement

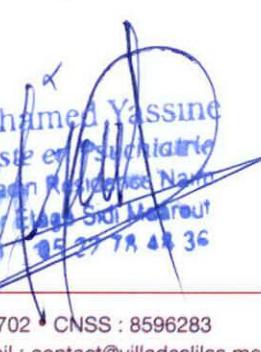
DR ANWAR M'hamed YASSINE
Médical Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr Al-Siddiq - Résidence Naim
Immeuble 7 App. 2^e étage Sidi Maârouf
Casablanca - Tél : 0527 78 48 36

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné Dr. ANWAR Yassine,
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à
M(me) Kenfoushi Haj Smaïa et lui présenter
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son
hospitalisation à la clinique du 03/12/19 au 05/12/19,
soit la somme de 31300 Dhs x 500100 Dhs
TOTAL 150000 Dhs.

Fait à Casablanca, le 05/12/19.

Signé :


Dr. ANWAR M'hamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kacem Résidence Nahar
Immeuble 7 Appart. 2 - 1er Etage Sidi Maârouf
Casablanca - Tél. : +212 522 77 78 44 36

Nº 00734

Nom : Kebbaoui
Prénoms : Rayda
N° chambre : 18
N° dossier :

Médecin référent : Dr ANWAR

Médecin demandeur de l'exploration :

Date : 01/12/19

Explorations biologiques

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> VDRL - TPHA |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HIV | <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Gamma GT |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Explorations radiologiques

Radiologie standard :

Tomodensitométrie :

Résonnance magnétique :

Explorations électriques

- EEG
- ECG
- EMG

Autres

INPE N° : 090061383

Cachet & signature :

Dr ANWAR M. KEBBAOUI
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Achchi 2^{me} étage
Casablanca 20103
Tél : +212 522 77 66 65 à 69
Fax : +212 522 25 52 00

Clinique
VILLA des LILAS
Bd. de l'Oasis - Casablanca
Tél : +212 522 77 66 66
Fax : +212 522 25 52 00

ID:0000002964 Nom:
Homme ans

36.717

04-12-2019 18:57:57

ID:0000002964 Calibre mo

04-12-2019 18:57:57

FC	:	123	BPM
Durée P	:	78	ms
Interv. PR	:	115	ms
Durée QRS	:	68	ms
IntervQT/QTC	:	296/425	
Axe P/QRS/T	:	66/59/49	
Amp.RV5/SV1	:	1.392/1.412	
Amp.RV5+SV1	:	2.804	
Amp.RV6/SV2	:	1.310/1.396	

Code Minnesota:
8-7-1
6-5-0

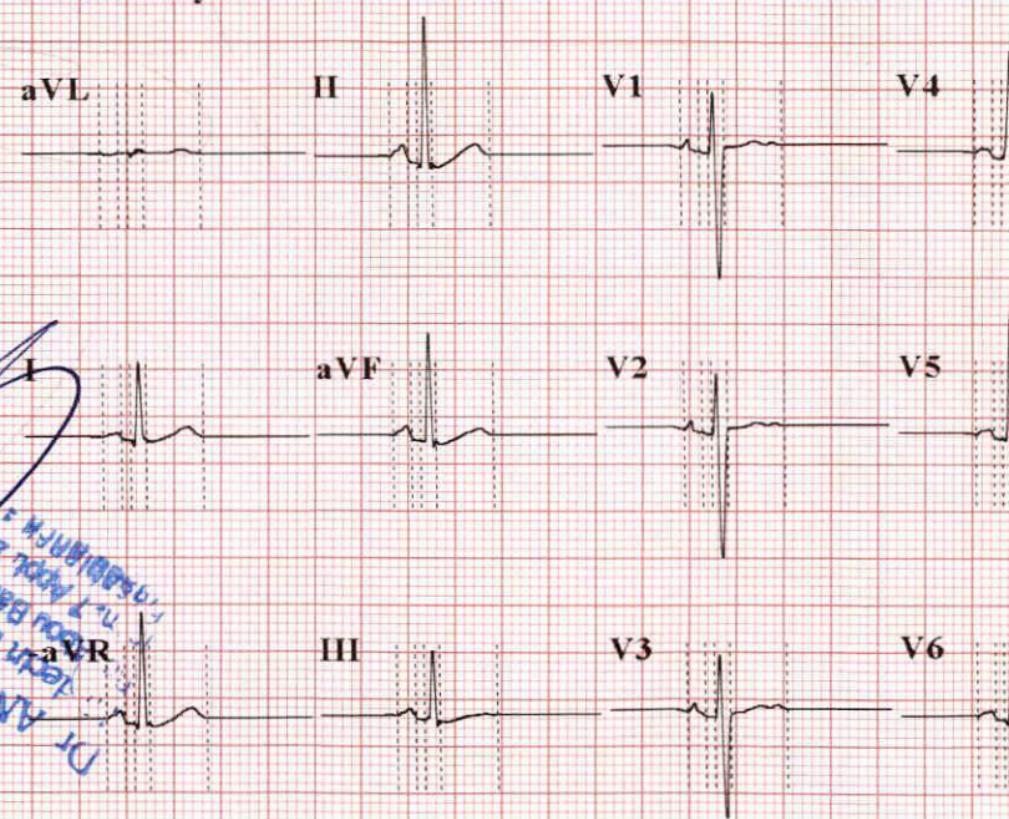
Information Diagnostic:

815: Tachycardie extrême

401: Intervalle court de P.R.

Code Minnesota:
8-7-1
6-5-0

Rapport révisé par:



0.5~75Hz 25mm/s 10mm/mV ♥123 SE-601C V1

ID: 0000002964 Nom: ³⁶⁷¹⁷

Homme ____ ans

04-12-2019 18:57:57

