

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2454 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Kenfouchi Hajar
Date de naissance : 14/12/83
Adresse :
Tél. : 0628 89 62 08 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ANWAR M'hamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kadiri Résidence Naim
Im. 7 Apt. 2 - 1er Etage Sidi Maerout
27 78 48 36
Date de consultation : 03/12/19
Nom et prénom du malade : Kenfouchi Hajar Age : 28 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection psychiatrique
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'att. 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 : Le : 05/12/19
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
				NP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
<p><i>(Handwritten notes on the form include: "05/11/19", "03/18/19 au 05/12/19", "Clinique VILLA des OASIS", "de l'Oasis de Sabianca", and various numbers like "776686" and "5200".)</i></p>				

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	Hospitalisation	1	20000	NP : [Signature]
03/12/19	Hospitalisation	1	20000	[Signature]
05/12/19	Hospitalisation	1	20000	[Signature]


[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

[illegible]

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'C' on the right. The arch is composed of several segments, each containing a small circle with a number inside.

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

FACTURE

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 : NEUF MILLE DEUX CENTS DIRHAMS				TOTAL GENERAL	9 200,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
	Virement VE	9 200,00	9 200,00		

Clinique
VILLA DES LILAS
Bd. de l'Oasis - Casablanca
Tél : +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 33 25 52 00
Fax: +212 33 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**

Le caissier

L'infirmier

Le major

CLINIQUE VILLA DES LILAS

Eti de l'Centre Casablanca

Tél : 42 12 5 22 77 66 66

Fax : 42 12 5 22 25 62 00

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 PALAS
Ed. de l'Oasis de Sabianca
Tel. : +212 5 22 25 66 66
Fax : +212 5 22 25 52 00

Casablanca, le 05/12/2019

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

Cher confrère,

Mlle KENFAOUI MAGDA née le 12/01/1994

a été hospitalisée à la clinique Villa Des Lilas
du 03/12/2019 au 05/12/2019 pour
un accès psychotique aigu. L'examen psychiatrique
à l'admission a relevé un syndrome délirant,
des troubles perceptifs et des troubles du jugement.
Par ailleurs, la patiente rapportait des symptômes
anxieux et une insomnie d'endormissement. Elle a
été mise sous traitement Antipsychotique ainsi
qu'un traitement Anxiolytique adjuvant. Elle est
déclarée sortante à la date de ce jour (05/12/2019).
En restant à votre disposition pour cette patiente.

Confraternellement

Dr ANWAR Mohamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr 2 - 1^{er} Etage Sidi Maârouf
Casablanca - Tél : 05 22 78 48 36

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné Dr. ANWAR Yassine,
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à
Mr(me) Kenfouchi Majda 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 3 visites x 500,00 Dh
TOTAL = 1500,00 Dh

Fait à Casablanca, le 05/12/19.

Signé :

Dr. ANWAR M'hamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kadir Résidence Naim
Imm. 7 Apt. 2 - 1er Etage Sidi Maarout
Casablanca - Tél. : 35 27 78 48 36

N° 00734

Nom : Kehfroui

Médecin référent : Dr. ANWAR

Prénoms : Rajda

Médecin demandeur de l'exploration :

N° chambre : 18

N° dossier :

Date : 04/12/19

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

Cachet & signature :

Dr ANWAR Mohamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. de l'Oasis - Casablanca
Tél : +212 5 22 77 66 65
Fax : +212 5 22 25 52 00

Clinique
VILLA des LILAS
Bd. de l'Oasis - Casablanca
Tél : +212 5 22 77 66 66
Fax : +212 5 22 25 52 00

ID:0000002964 Nom: 36.717

04-12-2019 18:57:57

ID:0000002964

04-12-2019 18:57:57

Homme ____ans

Calibre moyen:

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

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

Information Diagnostic:

815: Tachycardie extrême

401: Intervalle court de P.R.

A-9L032000

Mme KENFAOUI MAJDA
Dtn: 22/01/1994 Payant
Dr. ANWAR YASSINEL4-18
03/12/2019

Rapport révisé par:

aVL

H

V1

V4

aVF

V2

V5

aVR

III

V3

V6

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

ID:0000002964 Nom: 36717

04-12-2019 18:57:57

Homme ans

aVL

I

aVR

II

aVF

III

0s

V1

V2

V3

V4

V5

V6

0.5~75Hz 25mm/s 10mm/mV ♡130 SE-601C V1.2 vil s lilas