

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.

tique :

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

éducation :

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.

taire :

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.

die 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

clamation : contact@mupras.com
se en charge : pec@mupras.com
nésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S garanti le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4638 Société : *Goubo*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMARI ABDEL MOUD

Date de naissance :

08/12/1958

Adresse :

*09, Bd Idris Gloui, Lot Andalous Val d'arfa
CASABLANCA*

Tél. :

0661541885 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. Fouazi TAZI
Anesthésie - Réanimation
Clinique d' Val d'arfa*

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Intoxication alimentaire

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

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
du 01/05/2011 au 20/05/2011			100000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>Montant de la Facture</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 12x12 grid of nodes, each containing a number from 1 to 8. The nodes are arranged in a specific pattern: the top row has nodes 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6; the second row has nodes 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15; and the third row has nodes 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. The grid is bounded by a thick black line. Four arrows point outwards from the center: a top arrow pointing up labeled 'H', a left arrow pointing left labeled 'D', a bottom arrow pointing down labeled 'B', and a right arrow pointing right labeled 'G'.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA



مصحة
فال أنفا

Casablanca, le 20/08/11

El Amari Lina

300,00

Trois Cent dirhams

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 022-36.87.87 - 022-39.60.101
Fax: 022-39.69.36/37

Dr. Faouzi TAZI
Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 1358 / 2021 du 20/05/2021

Nom patient	EL AMARI LINA	Entrée	19/05/2021
	PAYANT	Sortie	20/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR NORMAL	1.00		400.00	400.00
SUPPLEMENT CHAMBRE INDIVIDUELLE	1.00		800.00	800.00
ACCOMPAGNANT	1.00		200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	1 400.00
PHARMACIE	1.00		162.13	162.13
			<i>Sous-Total</i>	162.13
Total Clinique				1 562.13
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	K	300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
Total Autres prestations				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DEUX DIRHAMS TREIZE CENTIMES	Total	1 862.13

Payé en Espèces
Le 20/05/21

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASA BLANCA
Tél:022.39.87.87-022.39.60.10 / 13
022.39.69.36 / 37
Fax:022.39.14.39

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom et Prénom : Mme EL Amani Pine

Date de Naissance :

Matricule :

Date d'entrée : DU 19/05/21 AU 20/05/21

HOSPITALISATION :

Réanimation du Au

Soins intensifs du Au

Séjour normal du Au

MOTIF D'HOSPITALISATION

Douleurs abdominales + Diarrhées ++
2011/2012
- Hydrexie
- prise d'aliments qui la provoquent

ANTECEDENTS :

Non connus

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tel: 022.53.87.87 - 022.36.60.70 / 73
Fax: 022.53.87.87 - 022.39.60.55 / 37.14.73

Conclusion examen clinique initial :

Pré Dx, catégori alv'extérie

Explorations para cliniques :

favorables sans lésion

Evolution pendant le séjour :

RAS

Préscription d'ordre thérapeutique :

- Cloquenec - Huileux
- ~~Salve~~ Aspiran
- ~~Salve~~ Mousseux
- Xanax

Diagnostic de SORTIE

Intoxication alcoolique.

Prescriptions établies à la sortie du patient :

- Spasfor
- Miodolix
- Cloquenec
- Sels

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Dr. Faouzi A. J.
Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Europe

CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)52239143

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : EL AMARI LINA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	M.BENAGUIDA/F.TAZI	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	19/05/2021	
Date sortie	20/05/2021	12:29
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : REC</i>		
24/05/2021 10:04 210519230251RE-001		

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
18, Rue Franklin Roosevelt
Casablanca
Tél:022.39.69.36 / 022.39.60.10 / 13
022.39.69.36 / 022.39.14.39
Fax:022.39.14.39

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : EL AMARI LINA	N° Facture	1 358	210519230251RE-001	
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant	
CLOPRAME 10mg/10am INJ (10)	1	2.23	2.23	
IMODIUM 2MG CP (20)	1	1.52	1.52	
NO SPA40MG/5AMP	2	6.40	12.80	
OMEPRAZOLE NORMO 40mg INJ (01)	2	29.90	59.80	
ONDANSETRON 83G/4ML/50	1	46.24	46.24	
XANAX 0.5mg CP (30)	1	1.34	1.34	
Sous-Total médicaments				123.93
BANDELETTE WELLION	1	3.00	3.00	
LANCETTE DE GLUCOT (100)	1	0.80	0.80	
PERFUSEUR (001)	1	13.50	13.50	
SERINGUE 10CC (001)	2	3.70	7.40	
VENFLON G22 (001)	1	13.50	13.50	
Sous-Total consommable médical				38.20
Total pharmacie				162.13

CLINIQUE DU VAL D'ANNECY
 18 Rue Franklin Roosevelt
 CASA BLANCA
 Tél: 022.36.87.87 - 022.77.60.10 /
 022.39.69.36 - 022.30.11.19
 Fax: 022.30.11.19