

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M21- 073013

82612 75062

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02647 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHAREF - EL MOSTAFA

Date de naissance :

03/NOV/1957

Adresse :

30 ED GHARBI N° 09. RIVIERA
CASABLANCA

Tél. : 0661189351

Total des frais engagés : 25120,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/08/2021

Nom et prénom du malade :

INANSOURA Sovad

Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pneumopathie envir 49

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

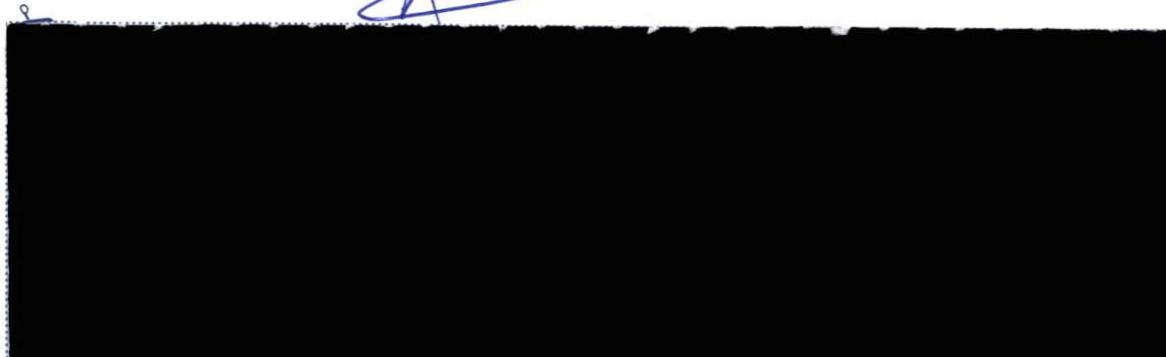
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : GOURAND

Le : 02/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
15/08/2021	Voir Facture		95.120,00	Hôpital Pr. A. Anesthésie 0910258
20/08/2021	m² 9315/2021		0H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

17/08/2021
ORDONNANCE

Bouskoura, le :

2100183845 / 210815175814M.
Prénom : SOUAD
Nom : IMANSOURA
DDN : 29/08/1960 E: 15/08/2021
Service : USI (3302)

PAYANT
Sexe: F

Heré

(espr) valable

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Bouïraï Abde Rahim
Médecin Interne

09006186

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2100183845

N° : **9315 / 2021** du **20/08/2021**

Nom patient	IMANSOURA SOUAD	Entrée	15/08/2021
	PAYANTS	Sortie	20/08/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Reeducation respiratoire	1.00	K	120.00	120.00
Forfait Soins Intensifs COVID	5.00		5 000.00	25 000.00
<i>Sous-Total</i>				25 120.00
Total Clinique				25 120.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT-CINQ MILLE CENT VINGT DIRHAMS

Total **25 120.00**

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
SESSION N°2
090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 15/08/2021 Heure 20:16

Nom et Prénom du patient Mme MANSOURA SOUAD Age ou Date Naissance 62 - 29/08/1960

N° Cin du patient ou du tuteur B398807

Adresse BD GHANDI IMM 30 APPT RIVERA

Téléphone 0661189351

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant BERTUL AZIZ

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 5

Motif d'hospitalisation COVID

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 20/08/2021

Heure

16:17

Durée d'hospitalisation (jours)

5

Nom et prénom du signataire

Signature

Bouskoura le : 20/08/2021

Compte rendu d'hospitalisation

Nom et prénom du patient : IMANSOURA SOUAD

Date d'entrée : 15/08/2021

Date de sortie : 20/08/2021

Diagnostic : Pneumopathie COVID-19

Motif : Détresse respiratoire sur une pneumopathie COVID-19.

ATCDS :

HTA sous Coversyl

HDM :

Patiene Âgée de 60 ans

La symptomatologie remonte à 08 jours par l'installation d'une toux sèche avec asthénie intense et courbatures compliquées il y a 2 jours d'une gêne respiratoire et vomissements. J6du traitement(AZIX500mg-vitc- zinc-paracetamol1g)

Devant l'aggravation de son état la patiente consulte aux urgences pour complément de prise en charge.

TDM thoracique du 08/08/2021 : syndrome interstitiel diffus en verre dépoli périphérique à 25% en faveur d'une pneumopathie covid-19.

L'examen clinique à l'admission :

L'examen à l'admission, patient conscient, stable sur le plan hémodynamique polypnéeique FR : 28c/min, SPO AA 90% - 96% sous lunettes 4l/min.

GSC : 15/15, PANI : 130/60, FC : 92, Glycémie : 0.95,

Ex CV : B1 B2 bien perçus, pas de souffle, pouls distaux présents.

EXPPL : râles crépitants aux niveaux des bases pulmonaires.

Examen abdominale : abdomen souple pas de défense.

Examen neuro : pas de déficit neurologique.

Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

ECG: RRS FC:75c/min pas de trouble de conduction ou de repolarisation.

Bilan biologique : GB:9950, Lymph:1820, PLQ:289000, CRP:41, PCT:0.08, LDH:351, Ferritine:466

Évolution :

Bonne évolution clinico-biologique

Déclarée sortante à ce jour.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Assistant Anesthésie-Réanimation
Signature :
091025569

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2108152021200430 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100183845	IMANSOURA SOUAD	15/08/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	3694230/CIH BNAK M RHAREF EL MOSTAFA	30 000,00
PAYANT	Total payé	30 000,00
TRENTE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : O.RACHID



Compte rendu de rééducation de madame Imansoura Souad

Cette patiente a été prise en charge en rééducation le 17/08/2021 jusqu'à 19/08/2021 suite à une contamination de SARS-COV19

Les différents bilans kinésithérapiques ont objectivé :

Sur le plan respiratoire :

- ✓ Détresse Respiratoire
- ✓ Encombrement bronchique

La prise en charge en rééducation a consisté en :

- ✓ Kiné respiratoire

Kinésithérapeute de l'hôpital universitaire international Mohamed VI

Ihareg Ayoub



Signature in blue ink, appearing to read "Hôpital Universitaire International Mohammed VI Soins de Suite et Rééducation 090063728".

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ... 16.1.08/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02647 e-mail: Praticien@oai.mupras.com Phones : 0661189351

Nom et Prénom de l'adhérent : RHAREF - EL MOSTAFA

Nom et Prénom du bénéficiaire : IMANSOURA - SOUAD (EN ATTENT)

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Imansoura Souad.

Nécessite :

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

Pneumopathie Covid-19

Une hospitalisation de (approximatif) 7 jours

A (préciser l'établissement hospitalier) Hôpital universitaire international de Dr. Mohammed 6 de Bouskoura

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

- Patient de 60 ans, SDRA sur Covid-19. Ayant comme ATCD une HTA sans couer
- TDM révèle une atteinte à 85 %. La patiente sature à 85-90 % à l'h
- Protocole national Covid-19 + IT symptomatic et mesures de réa .

Cachet, date et signature du praticien

Bouskoura le 16/08/2021



A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.