

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-647904

83977

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02739 Société : RAA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ney

Nom & Prénom : EL OUA AOUI

Date de naissance : 15/01/57

Adresse : 7 Allée des V. fliers Fir-douas  
Bordj le 2e Casse

Tél. : 0661 09 86 23 Total des frais engagés : 30.300,00 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2021

Nom et prénom du malade : Rachmachi Ghita Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumopathie Covid 19

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casse Le : 13/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

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

# 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
20/8/21	v. in Facture N°		30300,00	INP : <input type="text"/>
26/8/21	9902/2021			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

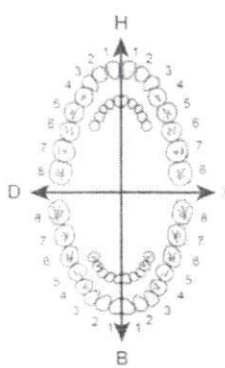
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

# D.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	0000000	0000000
G	0000000	0000000
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'EXÉ





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Bouskoura le :26/08/2021

## Compte rendu d'hospitalisation

**Nom et prénom du patient :** MACHMACHI GHITA

**Date d'entrée :** 20/08/2021      **Date de sortie :** 26/08/2021

**Motif d'Hospitalisation :**

Pneumopathie SARS COV 2 avec gêne respiratoire

**Histoire de la maladie :**

PCR COVID 19 + , symptomatique depuis le 10/08/2021 , avec aggravation de la gêne respiratoire depuis le 18.08/2021. A l'admission; la patiente était sous AZIX (J5), Vit C, Zinc, Glucophage 850, LOVANIC (J4)

**ATCD :**

Diabétique sous metformine , cholécystectomie > 10 ans , obèse

**Examen clinique à l'admission :**

patiente consciente , PANI 130/75 FC 86 SAO2 90 % AA gly 1.53 T 37  
auscultation cardio pulmonaire : râles sous crépitants basaux .  
abdomen souple  
mollets libres

Le reste de l'examen est sans particularités

**EXAMENS complémentaires :**

ECG : RAS

TDM thoracique : 25-50% d'atteinte

Bilans biologiques :

*Bilan initial il y a 5 jours de l'admission :* CRP 80, DD 930

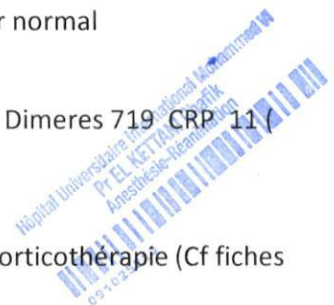
*Bilan biologique fait au cours de l'admission :* CRP 81, DD 634, milieu intérieur normal

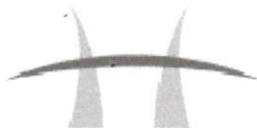
*Suivi endocrinologique avec protocole glycémique adapté à l'hospitalisation*

*Bilan biologique en date du jour de sortie :* Hb 10.7 FB 3.8 ( VS 5.1 le 24/08) D Dimères 719 CRP 11 / VS 36.7 le 24/08) PCT 0.074 (VS 0.53 le 26/08)

**Protocole de prise en charge :**

O2, traitement adapté selon le protocole nationale, antibiothérapie, HBPM, corticothérapie (Cf fiches d'hospitalisation)





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

L'évolution a été marqué par une amélioration clinique et biologique et baisse des besoins en oxygène avec une saturation de 96 % à l'air ambiant à la date de sortie.

La sortie est déclarée ce jour sous traitement symptomatique avec un RDV de sortie sous une semaine.

Nécessité d'un suivi endocrinologique régulier.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr EL KETTANI Chafik  
Anesthésie-Réanimation  
091025213

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100184478

## F A C T U R E

N° 9 902 / 2021 du 26/08/2021

Nom patient : **MACHMACHI GHITA**

Entrée 20/08/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation de spécialiste en hospitalisation	1,00	CS.ENDO	300,00	300,00
Forfait Soins Intensifs COVID	6,00		5 000,00	30 000,00
			Sous-Total	30 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>30 300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TRENTE MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 30 300,00**

	Espèces	Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00	30 000,00			30 300,00	0,00

Ref Chq : 9486136/SG/



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 20/08/2021 Heure 19:11

Nom et Prénom du patient MmeMACHMACHI GHITA

Age ou Date Naissance 55 - 24/11/1967

N° Cin du patient ou du tuteur BJ68932

Adresse LOT FERDAOUS ALLEE DES NEUFLIERS NR 7 AIN SEBAA CASA

Téléphone 0611039753

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant BERTUL AZIZ

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 6

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 26/08/2021

Heure 11:35

Durée d'hospitalisation (jours) 6

*Nom et prénom du signataire*

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
ADMISSION N°1

*Signature*

HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

الجامعة  
الاسلامية

**NOTE D'HONORAIRES**

Nom et prénom du malade :

Phue  
CHITa

Médecin :

MA ch MACHI

Montant des honoraires :

10000000

Ville et pays de

