

# 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 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 |

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>02739</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL OUAOUI</b>			
Date de naissance : <b>15/01/57</b>			
Adresse : <b>7 Allee des Nefliers Firdaus Casablanca</b>			
Tél. : <b>0651 09 8623</b> Total des frais engagés : <b>30.300,00 DH</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <b>20/08/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Machmachi Ghita</b> Age : <b>65</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <b>Pneumopathie covid 19</b>			
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 : **Carap**

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
20/01/21	verso Facture N°	30300,00		INP : <input type="text"/>
26/01/21	990212021			Université Internationale Dr. EL KETTANI Chafy Bab Ezzouar - Remâna

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

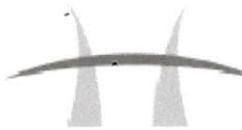
## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**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*

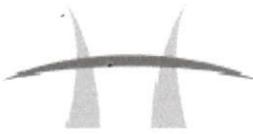
*Suivi endocrinologique avec protocole glycémique adapté à l'hospitalisation*

*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  
Pr EL KETTANI  
Anesthésie-Réanimation  
09/08/2021*



**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 specialiste en hospitalisation	1,00	CS.ENDO	300,00	300,00
Forfait Soins Intensifs COVID	6,00		5 000,00	30 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>30 300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  TRENTE MILLE TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>30 300,00</b>

	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*

*Signature*



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

الجامعة  
السادس

**NOTE D'HONORAIRES**

**Nom et prénom du malade :**

Abdel  
CHika

MA ch MACHI

**Malade :**

**Nombre d'honoraires :**

1500000000

**Signature**

