

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-722700

129063



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 09384

Société :



Actif



Pensionné(e)



Autre

Nom & Prénom :

Ben Addou Idriss Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Migraine Guida

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 :

Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/09/2022



ACCUEIL



12 SEP. 2022



ACCUEIL

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
22/09/2013	Acte de Médecin	1	100,00	MAUDAME PROSPERITY 22/09/2013

~~LES RÈGLES DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

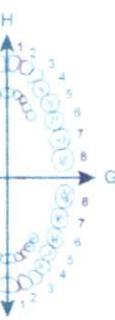
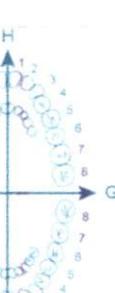
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES BONS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'indication et l'antécédent de la consultation, et de justifier en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<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"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21493552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21493552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H																						
25533412	21493552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				<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"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

22/08/02

Mr Benaddou Hamza

R&L surmon

Dr. M. BENAGUIDA
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Anfa
CASABLANCA

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
Tél: 0522 368 787 - 0522 39 69 36 / 37
Fax: 0522 39 69 39 - 0522 39 69 43

Casablanca, le

ERU. 8/8/88

Mr Benaddou Hanga

BooBoo

Tigis (ent dislikes)



Casablanca, le

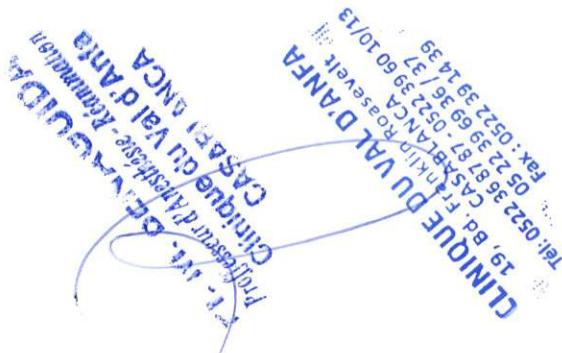
22/08/82

Mr Benaddou

Hamza

8000

Huit Cent dinars



CLINIQUE
DU VAL D'ANFA



مصحة
فال أنفا

Casablanca, le

22/01/02

Mr Bena ddou

Hamza

300,00

trois cent dirhams

Dr Mekouar Zoubir
Spécialiste ORL
Chirurgie Cervico - Facial
Exploration - Surdité - Vertige
400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
Tél. : 05 22 23 36 49

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca - Tél. : (212) 0 522 368 787 (L.G.) - Fax : (212) 0 522 391 439 - GSM : 0 661 337 437
E-mail : cliniquevaldanza@hotmail.fr - ICE : 001541221000033

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE

19 , Bd Franklin Roosevelt

Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 1898 / 2022 du 22/08/2022

Nom patient	BENADDOU HAMZA	Entrée	21/08/2022
	PAYANT	Sortie	22/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO	1.00		300.00	300.00
SOINS INTENSIFS	1.00		1 000.00	1 000.00
			<i>Sous-Total</i>	1 300.00
PHARMACIE	1.00		253.99	253.99
			<i>Sous-Total</i>	253.99
			Total Clinique	1 553.99

PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	2.00	V3	400.00	800.00
DR. LAABOUDI LATIFA (pneumologue)	1.00	V2	300.00	300.00
DR. MEKOUAR ZOUBIR (orl)	1.00	V2	300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	1 400.00
			Total Autres prestations	1 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX MILLE NEUF CENT CINQUANTE-TROIS DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CENTIMES		Total 2 953.99

Payé en Espèces
Le: 22/08/19

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Bd. Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 0522 36 87 87 - 0522 39 60 10/13
05 22 39 69 36 / 37
Fax : 0522 39 14 39

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Matricule

Date d'entrée

Mr. Béchir Ben Hamja
19/08/1962
0108102
date de sortie : 22/08/02

HOSPITALISATION

Réanimation du ----- au -----

Soins intensifs du ----- au -----

Séjour normal du ----- au -----

MOTIF D'HOSPITALISATION

Dyspnée
Angine
Toux

ANTECEDENTS :

Adhérente

Conclusion examen clinique initial :

Bon état général aigus

Explorations para cliniques :

PLQ pace normale

Evolution pendant le séjour :

favorable

Prescription d'ordre thérapeutique :

Nebulisation à force
Cathéterisme
oxygénoterapie

Diagnostic de sortie :

Exacerbation aiguë / sinusite

Prescriptions établies à la sortie du patient :

Date :

signature et cachet du médecin

NB

*joindre éventuellement une photocopie des comptes rendus établis par les médecins Spécialistes, précisant la date de l'examen ou actes opératoires



REFERENCE : **220822003**
PATIENT **BENADDOU HAMZA**
MEDECIN TRAITANT
EXAMENS REALISES **POUMON**

DATE :

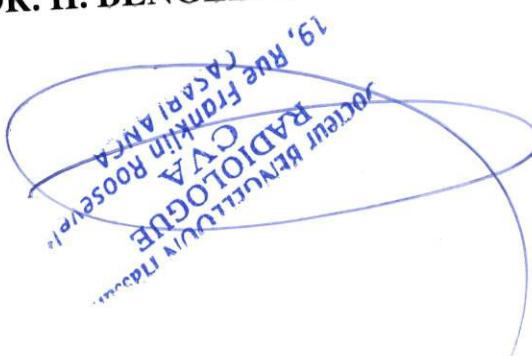
22/08/2022

COMPTE RENDU

Absence d'anomalie pleuro parenchymateuse évolutive.
Morphologie cardio médiastinale normale.

Signé :

DR. H. BENGELLOUN



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	BENADDOU HAMZA		
	N° Facture :	1 898	1824RE-001
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATROVENT 0.5MG/2 AE (10)	4	6.88	27.52
METHYLPREDNISOLE 40mg INJ (20)	2	14.00	28.00
METHYLPREDNISOLO 120mg INJ (20)	1	35.00	35.00
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)	1	7.87	7.87
Sous-Total médicaments			98.39
AIGUILLE 25G (100)	1	3.50	3.50
EAU MINERALE (001)	1	6.00	6.00
MASQUE HAUTE CONCENTRATION AD/20	1	120.00	120.00
ON CALL SURE B/50	2	2.60	5.20
SERINGUE 10CC (001)	2	3.70	7.40
VENFLON G22 (001)	1	13.50	13.50
Sous-Total consommable médical			155.60
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	253.99

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
39, Bd. Fréhel/ln CASABLANCA
Tél: 0522 3687 87 - 0522 39 69 36 / 37
Fax : 0522 39 14 39
Rabat, Maroc
10/13

CLINIQUE VAL D'ANFA
MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)5223914.
Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : BENADDOU HAMZA		
Chambre : NA		
Médecin traitant M.BENAGUIDA/F.TAZI		
Prise en charge PAYANT		
Date entrée 21/08/2022		
Date sortie 22/08/2022 11:53		
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par :ATIQA 22/08/2022 14:26 220822091824RE-001</i>		

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19 Bd Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 0522 36 87 07 - 0522 39 60 10/13
05 22 39 60 36 / 37
Fax : 0522 39 14 39