

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.

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

- Réclamation : 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.

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

M22- 0044652

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8767 Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom :

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 : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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] :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0044652

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée AID et AIC :

- 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

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 W21-769334

die
on your

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08707	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>a2it Souni Bi</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	06-03-68		
Adresse :	<i>Casa Colleen Town 1101 m 1m 11 Abdi os Benhmeda. Oujda.</i>		
Tél. :	067217863 Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	30/11/22
Nom et prénom du malade :	Bou KHRIS AICRAM
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Douleur Synthèse
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous olconfidential 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 :

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
30/11/22	Q3		400,00 DA	INP : 019 M194258 Dr OTHMAN CHARRI Anesthesie - Reanimation Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

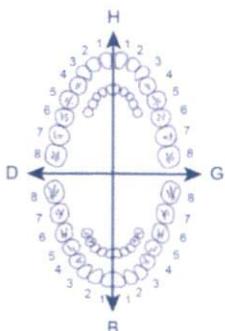
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique Villa Verte en Town Villa Verte Casablanca 22 - 0667 57 57 57	30.11.2022	E.C.G.	100.0H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

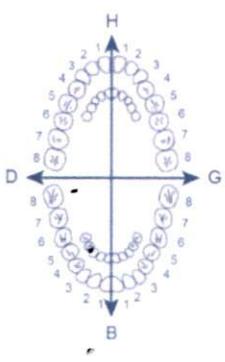
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Clinique Villa Verte en Town Villa Verte Casablanca 22 - 0667 57 57 57	30.11.2022	pharmacie + perfusion oxygene				337,60DH

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
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'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le, 30/10/2022

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

BOUKHRIS AKRAM

BCG

CLINIQUE VILLE VERTE
en Town, Villa Verte
Casablanca
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014

ORDONNANCE

Casablanca le, 30/10/22.

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

A v Bouskoura ARRAB, admis
ce jour en inf. pour douleur
d'abstiss n'accepte l'admission
dans l'attente de sa place d'intervention
d'ici au moins 30 min

CLINIQUE VILLE VERTE
en Town, Villa Verte ③
Casablanca
23 - 0667 57 57 57

Dr OTHMAN CHARRI
Anesthésie - Réanimation
Casablanca

CLINIQUE VILLE VERTE

07-11-2022

LISTE DES PRODUITS CONSOMMES PAR LE PATI

BOUKHRIS AKRAM

200918092946A.-002

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
238462								
30/10/2022 APOTEL 10MG/ML SOLUTION INJECTA	238462	0	1		15.01	15.01	URGENCE	C
30/10/2022 CHLORURE DE SODIUM 0.9% PO 100M	238462	1	0		9.00	9.00	URGENCE	C
30/10/2022 CLOPRAME 10mg Injecta (10)	238462	0	1		1.39	1.39	URGENCE	C
30/10/2022 GLUCONATE DE CALCIUM 10% Injecta	238462	0	1		3.63	3.63	URGENCE	C
30/10/2022 GLUCOSE 5% PO 500 INJECTA (1)	238462	1	0		14.00	14.00	URGENCE	C
30/10/2022 LUNETTE A OXYGENE ADULTE	238462	1	0		7.38	7.38	URGENCE	C
30/10/2022 NO SPA 40mg Injecta (05)	238462	0	2		4.00	8.00	URGENCE	C
30/10/2022 PANTOPRAZOL 40MG NORMO	238462	1	0		27.20	27.20	URGENCE	C
S/total Produit			4	5		85.61		
238463								
30/10/2022 GANT D'EXAMEN	238463	0	2		1.04	2.08	URGENCE	C
S/total Produit			0	2		2.08		
Total consommation							87,69	

CLINIQUE VILLE VERTE
 een Town Villa Verte ③
 Casablanca
 0667 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 7 193 / 2022 du 30/10/2022

Nom patient	BOUKHRIS AKRAM	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANTS	30/10/2022	30/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OXYGENE/HEURE	1,00		50,00	50,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	350,00
PHARMACIE	1,00	PH	87,69	87,69
			Sous-Total	87,69
Total Frais Clinique				437,69
PRESTATIONS EXTERNES				
EQUIPE REANIMATEURS D (reanimateurs gar)	1,00	D	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total prestations externes				400,00

	Total général	837,69
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> HUIT CENT TRENTÉ-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-NEUF CENTIMES		

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		837,69	837,69	0,00

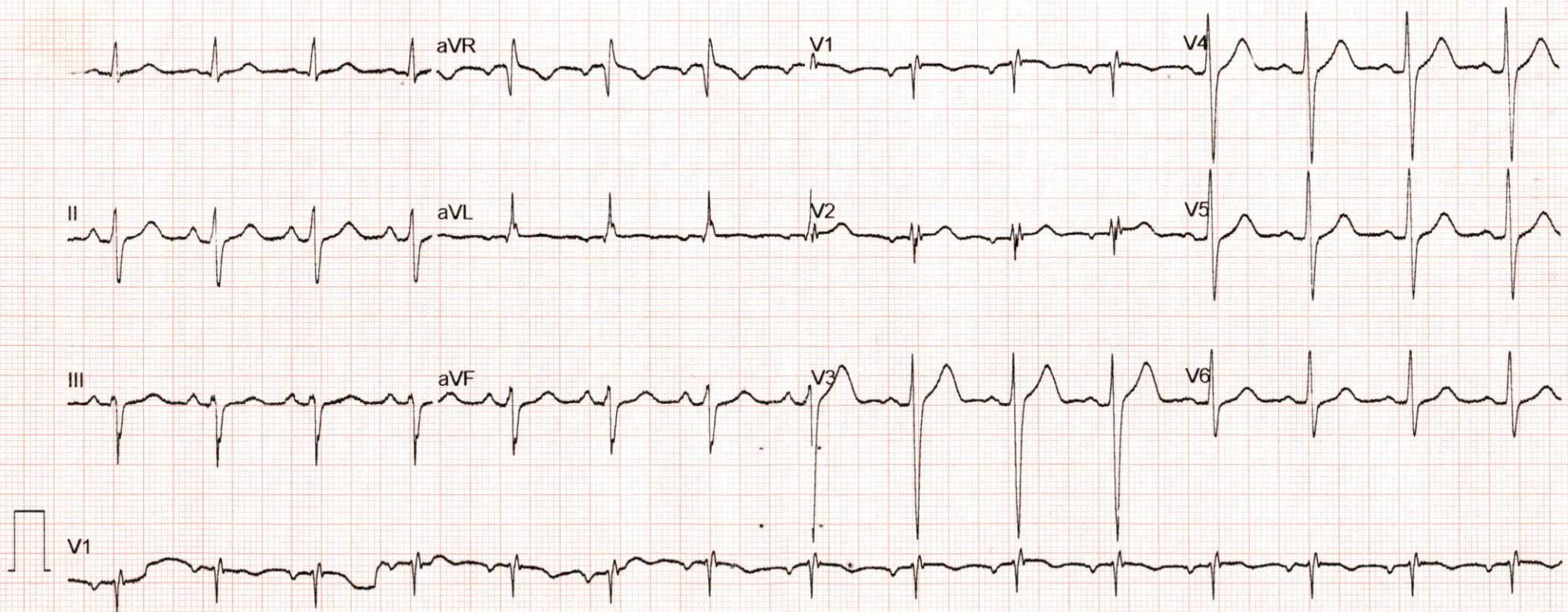

CLINIQUE VILLE VERTE
 een Town, Villa Verte
 Casablanca
 22 - 0667 57 57 57

Localité:
Chambre:
Numéro d'ordre:
Indication:
Médicament 1:
Médicament 2:
Médicament 3:

QRS : 102 ms
 QT / QTcBaz : 384 / 469 ms
 PQ : 162 ms
 P : 106 ms
 RR/PP : 666 / 666 ms
 P/QRS/T : 71 / -49 / 57 degrés

Rythme sinusal normal
 Possible Hypertrophie auriculaire gauche (HAG)
 Bloc de branche droite incomplet
 Hémibloc antérieur gauche
 ECG anormal

Utilisat.:
 Méd. requérant:
 Méd. référent:
 Méd. soignant:



Non validé

Centre
Monétique
Interbancaire

30/10/22 00:57:00

9900588782

95887802

CLINIQUE VILLE VERTE

Bouskoura

A0000000031010

APP : Visa

BOUKHRIS /AZIZ.M

xxxxxxxxxxxxx6761

08/26 CARTE NATIONALE

BOF98663E0A9E203

200-0-9999-1-44

MONTANT: 837,69 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 001748

STAN : 003825

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT