

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-779543

A 62593

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

07767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKHFIS IMA 23°L

Date de naissance :

06-03-68

Adresse :

...Souscrite : CASA GREEN TOWN 10111 IMM 11 ALL 103

Tél. :

0601812328

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,

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

IMFGCI 021

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.

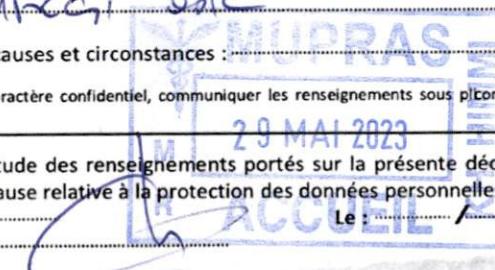
29 MAI 2023

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) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/04/12 CS 11/04/12 Fna	CLINIQUE VILLE DE CASE SOIN 102 BOUTOURA CASABLANCA	1500	1500 DH 1500 DH	INP : 110412-038 Dr. A. H. Anesthésiste NFE: PA12038 PA. 110412-038

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		D	25533412 21433552		00000000 00000000	B	00000000 00000000		35533411 11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
D	25533412 21433552															
	00000000 00000000															
B	00000000 00000000															
	35533411 11433553															
G																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 01/2026
LOT 2D03228

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

ORDONNANCE

Casablanca le, 15/04/2023



Total = 161,60

M Iyad Benkhnis

126,30

1/ Augmentin

1g SV

(6j)ms

15,32

1shot x 2/5

2/ vitamine C

1000

SV

(2j)ms

3/ Deltaprame 1000 mg

1cpf

(8j)ms

Dr. CHARRI Othman
Anesthésie Réanimation
APE: 091694258
T: 036810038

CLINIQUE VILLE VERTE
Ville Verte
Casablanca

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 Casablanca
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) -E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g^{/12}
sac

..... sachet(s) fois par jour
prendre de préférence au début de
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emplo

لـ... مرة في اليوم يتضمن من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU:126,30 DH

LOT:651416

PER:11/24

CLINIQUE VILLE VERTE

E L S A N
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 2 530 / 2023 du 15/04/2023

Nom patient	BOUKHRIS IYAD	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANTS	15/04/2023	15/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Frais Clinique				50,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
EQUIPE REANIMATEURS D (reanimateurs gar)	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total prestations externes				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS	Total général	400,00

Encaissements	CLINIQUE VILLE VERTE	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura - Casablanca Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57	400,00	400,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE

E L S A N
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 2 530 / 2023 du 15/04/2023

Nom patient	BOUKHRIS IYAD	Entrée 15/04/2023	Sortie 15/04/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION SPÉCIALISTE EXTERNE HORS RÉ	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total				400,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS 0.00	Total général 400,00
---	-----------------------------

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	400,00	400,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
 Casa Green Town, Villa Vert
 Bouskoura - Casablanca ③
 Tel.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57