

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-811453

176509



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 89997

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom :

LEAMARI ZAKARIA 469997

Date de naissance :

Adresse : 10, California Eden Bowshawn

Tél. : 0664000277

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

CLINIQUE YAHIAINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél. : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 69 61

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

intolérance alimentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

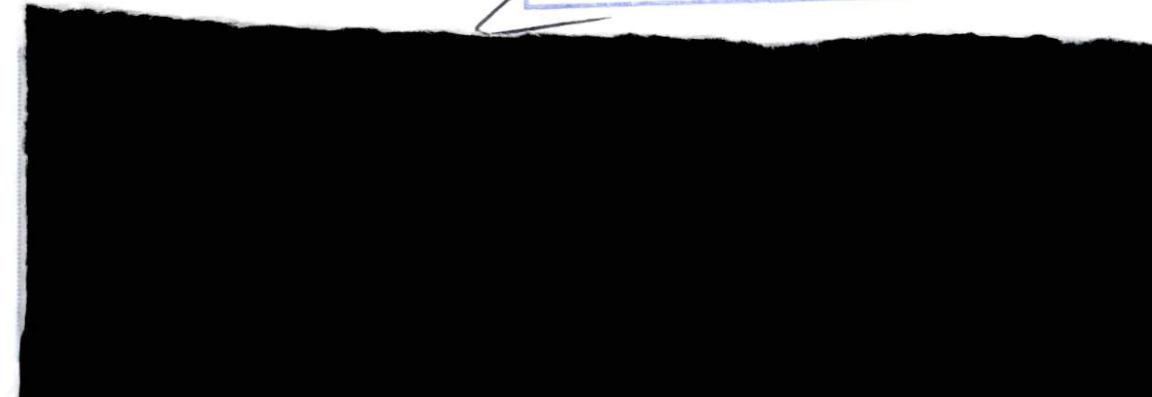
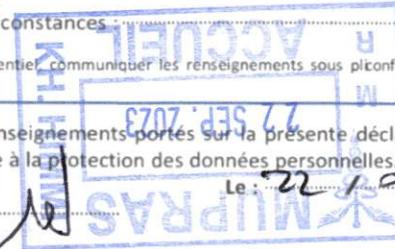
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 22/10/23

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DU
DEVIS

MONTANTS DES SOINS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

x

1

1

1



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 21/07/2023

Facture N° 7221/23

Etablie par SARA Page 1/1

Identification

N° Dossier : P3G202742

N° Identifiant : 23075163/23

Nom & Prénom : LEAMARI HAMZA

C.I.N. : BW34791

Date Entrée : 20/07/2023

Date Sortie : 21/07/2023

Adresse :

Traitemet : Hospitalisation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Chambre	1	1 200,00			1 200,00
		Total Rubrique :			1 200,00

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux	1	89,61			89,61
		Total Rubrique :			89,61

PHARMACIE

Pharmacie	1	34,36			34,36
		Total Rubrique :			34,36

PARTIE CLINIQUE :

1 323,97

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	400,00			400,00
		Total Rubrique :			400,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNAES:

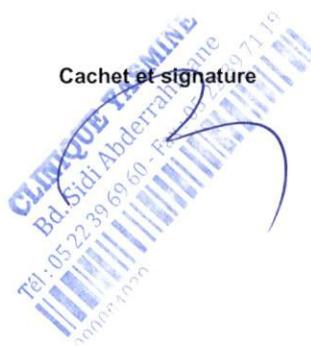
400,00

TOTAL FACTURE

1 723,97

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille sept cent vingt trois Dirhams et quatre-vingt dix sept Cts





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

090004029

Page

1/1

Casablanca Le : 21/07/2023

Détail Facture N° 7221/23

A. Identification

N° Dossier : P3G202742

N° Identifiant : 23075163/23

Nom & Prénom : LEAMARI HAMZA

C.I.N. : BW34791

Adresse : CALIFORNIA EDEN VILLA BOUSKOURA

Traitements : Hospitalisation

Code	Qté	Unité	Prestations	Prix U.	Taux	Montant
------	-----	-------	-------------	---------	------	---------

PHARMACIE

1287777	2	CLOPRAME 10MG INJ (10)	2,23		4,46
0S04781	0	OEDES 40 MG INJECTA (05)	49,80		
OME7894	1	OMEPRAZOL 40MG B/1	29,90		29,90
PAR0001	0	PARACETAMOL NORMON 1G (50)	14,08		

Total Rubrique : 34,36

CONSOMMABLE MEDICAL

0S04785	10	GANTS MEDIUM NITRIL (100)	1,20		12,00
0S05413	1	GLUCONATE DE CA (050)	3,63		3,63
0S03290	2	GLUCOSE 5% 500 ML (020)	19,65		39,30
0S03339	3	INTRANULES ROSES G 20 (100)	3,23		9,69
0S03301	3	SERINGUE 10CC	1,95		5,85
0S03292	1	SERUM SALE 0.9% 500 ML (020)	16,64		16,64
0S04796	1	SULFATE DE MAGNE INJECTA (50)	2,50		2,50

Total Rubrique : 89,61

TOTAL DETAILS PRESTATIONS

123,97

TOTAL : 123,97





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

090004029

BILLET DE SORTIE

N° Admission : P3G202742

Nom et Prénom : LEAMARI HAMZA

Médecin traitant : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prise en charge :

Date Entrée : 20/07/2023

Date Sortie : 21/07/2023

Visa	Médecin	Administration	Surveillante



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & Prénom : Leamni Hamza

Âge : 18m Sexe : H

Médecin traitant & INP :

Secteur d'hospitalisation :

	D.E :	D.S :
MED	<u>20/07/2023</u>	<u>21.07.2023</u>
REA		
SI		

Facteurs de risque : RAS

Antécédents med / chir : RAS

Motif d'hospitalisation : Trouble psychotique (anxiété)

Histoire de la maladie : Saute à l'anglo à l'occasion d'un repas

Traitements d'entrée : Antalgique + Mifentini + midazolam

Score GCS (Traumatisme crâniens, AVP, AVC,...) :

15/15 = Séjat = 0

Examen clinique (en particulier cardiovasculaire et pulmonaire) :

Exa ng TM = 10/06 IT = 16
PR (RR 837 SB₂ 96)

Résultats des examens paracliniques :

RDS

Conclusion : Abnl abd, bradycardie, hypotension

Traitement / Détails médicaments : Analol, dexam

odex, midazolam

Evolution : Fondahl

Autres informations :

N.B : Toujours joindre les copies des résultats des bilans biologiques et radiologiques réalisés.

