

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-811453

76509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9997 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LEAMARI ZAKARIA n° 9997
 Date de naissance : 10 Cél. Formé Edm Boukhane
 Adresse :
 Tél. : 0664000777 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20 07 / 2023
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : intarcaration 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 22 / 09 / 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/07/2023			1783,97	090004029

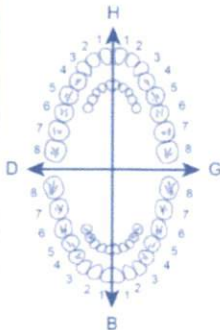
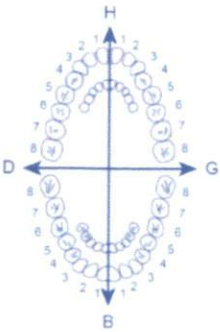
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 :

Traitement : Hospitalisation

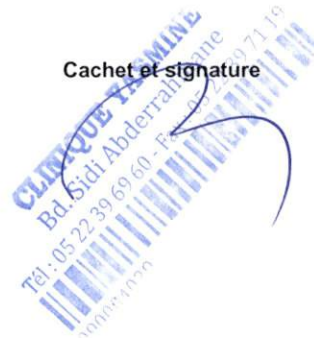
Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

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 EXTERNES:					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

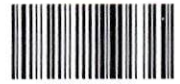
Cachet et signature





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

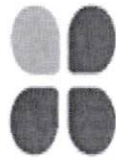
C.I.N. : BW34791

Adresse : CALIFORNIA EDEN VILLA BOUSKOURA

Traitement : Hospitalisation

Code	Qté	Unité	Prestations	Prix U.	Taux	Montant
PHARMACIE						
1287777	2		CLOPRAME 10MG INJ (10)	2,23		4,46
OS04781	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						
OS04785	10		GANTS MEDIUM NITRIL (100)	1,20		12,00
OS05413	1		GLUCONATE DE CA (050)	3,63		3,63
OS03290	2		GLUCOSE 5% 500 ML (020)	19,65		39,30
OS03339	3		INTRANULES ROSES G 20 (100)	3,23		9,69
OS03301	3		SERINGUE 10CC	1,95		5,85
OS03292	1		SERUM SALE 0.9% 500 ML (020)	16,64		16,64
OS04796	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 : _____

OCEANIC CLINIC
Anesthésie - Réanimation
DR. BERKADA Jaafar - DR. NAOUAL Ibrahim
INPE-091025049 INPE-091026003
DR. FARUK Jamal Aziz

	D.E :	D.S :
MED	20/07/2023	21-07-2023
REA		
SI		

Facteurs de risque : RAS

Antécédents med / chir : RAS

Trouble hyposthénie (anxiété)

Motif d'hospitalisation : Douleur abdominale avec vomit

Histoire de la maladie : Autant a l'issue d'un repas

surpris avec bruissement gazeux D2 ab²
4 vomit dans un contexte de douleur

Traitement d'entrée : _____

Analgésie + perfusi + anti douleur
+ Midazolam

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

15/15⁺ Déficit = 0

Examen clinique (en particulier cardiovasculaire et pulmonaire) :

Ex 09, TA = 10/06 TA 76
PR / RR 0 37 SpO₂ 96%

Résultats des examens paracliniques :

RRS

Conclusion :

Douleur abd. haut-sympathique

Traitement / Détails médicaments :

Andol, Clonam
œdes, midazolam

Evolution :

Favable

Autres informations :

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

Signature et cachet du médecin traitant