

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

- 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-522748

ANPC

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22867**

Matricule : **9414** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **GUEDIRA AATAA**

Date de naissance : **26/7/1972**

Adresse : **13 RUE FIDEL CARL BEN GAYEN DRISS**

Tél. : **061149870** Total des frais engagés : **26 DEC 2020** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26/11/2020**

Nom et prénom du malade : **GUEDIRA AATAA** Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Neuralgie Cervicale**

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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :

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
20.11.19	152 Actes	2567,70	INFORMATIONS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/19	75,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

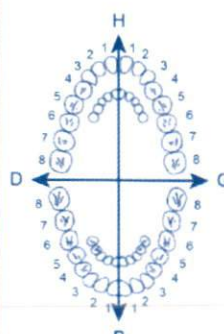
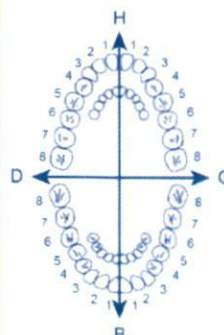
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		B																							
				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



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 26.11.2019

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

N° GUESSA AATAA

- Scanner cervical



CLINIQUE VILLE VERTE

Pr. HARTI.A

Professeur de Médecine

Anesthésie - Réanimation

Casa Green Town - Bouskoura

Tél.: 0661 14 20 06

ICE: 001816946000014

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town - Villa Verte
Bouskoura - Casablanca
Tél: 0525 51 72 22 - 0667 67 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 26 / 11 / 2019

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

GUEDIRA AATAA

59,80

• 2 veds 2x 1 gely

22,90 2x Cefalixime gel x 3x

75,00

PHARMACIE EL DRABNA
BOUCHIRA EL ISLAMI
Docteur en Pharmacie
Route Bouskoura 100. Km 11
Drabna Oulad haddou Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57

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

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

Casablanca , le 26/11/2019

Patient : **GUEDIRA AATAA**

SCANNER CERVICAL

Technique :

Séries axiales en acquisition volumique sans injection de produit de contraste.

Résultat :

Rectitude cervicale.

Affaissement discal en C5-C6 avec saillie postérolatérale droite

Intégrité des espaces intersomatiques sus et sous-jacents

Canal cervical de dimensions normales

Pas d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.

Becs ostéophytiques antérieurs au niveau du rachis dorsal supérieur

Les parties molles pré vertébrales sont normales.

Au total :

Rectitude cervicale avec saillie postérolatérale droite en C5-C6 avec cordon médullaire d'aspect normal.

Merci de votre confiance. **DR LYAFY MOHAMED**

CLINIQUE VILLE VERTE
Dr. Lyafy Mohamed
Radiologue
Tél. 3422 57 57
Fax 3422 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° 7 572 / 2019 du 26/11/2019

Nom patient	GUEDIRA AATAA	Entrée 26/11/2019	Sortie 26/11/2019
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DES URGENCES	1,00		300,00	300,00
PERFUSION URG	1,00		200,00	200,00
SCANNER CERVICAL	1,00		2 000,00	2 000,00
			Sous-Total	2 500,00
PHARMACIE	1,00	PH	67,70	67,70
			Sous-Total	67,70
Total Frais Clinique				2 567,70

	Total général 2 567,70
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENT SOIXANTE-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES	

Encaissements	Espèces 2 567,70				Total encaissé 2 567,70	Solde 0,00
---------------	---------------------	--	--	--	----------------------------	---------------

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 / 0667 57 57 57
Enregistrement - Casablanca
③