

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.

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° P19- 0043517

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2651 Société : R.A.M. 151650
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAOUTI ABDELMAJID
Date de naissance : 21/06/1959
Adresse : HAY ANNDAROUNA R.S.D N°33 AN CHOCK
CASABLANCA
Tél. : 0667714290 Total des frais engagés : 30000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/23
Nom et prénom du malade : Mr : Saouti Abdelmajid Age : 64
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur v. c. p.
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 : 26/01/2023
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
26.01.23		C.S.	200,00	
26.01.23	Frais clinique		100,00	

25.01.23	C. S	200,00	Dr. B. ... Anesth ... C. ... DR
26.01.23	Pois chimane	100,00 28.00

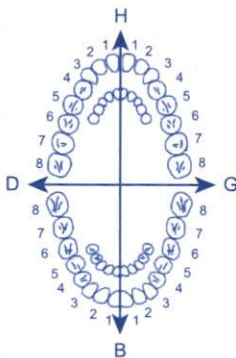
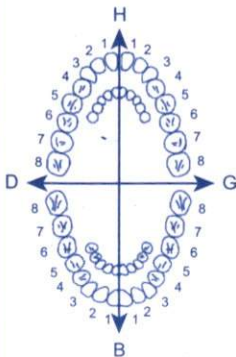
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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 L'EXECUTION

M^{le} 2651 Dos: P19-0043 517

TEL :
UNITE D'ANESTHÉSIE REANIMATION
CLINIQUE BADR
DR BENNANI
DR ELAOUACHI BOUCHRA

Date : Le 26. 01. 23

EXAMEN PREANESTHESISQUE

Nom M^{rs} Sacenti Prénom Abdelmajid Né(e) : 21. 06. 1959

INTERVENTION RtUV Prévus le / Dr Lam Se F Fer 64 AM

Antécédents anesthésiques : / M-

Antécédents allergiques :
(ASPIRINE)

Facteurs de risque
poids 28 kg
Cœur et vaisseaux
Atcd
Alcool /
TA M/7
tabac /
Pouls 62

sédentaire ACTIF
Marche

Examen, SF

E C G
bon ok

Poumon et plèvre
Atcd

Veines
HTA
ANGOR
IVG - ICD
PACE
CMO

Examen, SF :

Autres appareils

Examen Clinique
M

ASTHME
BPCO
EP
TVP
taille 1,72
⇒ en cours pour brulure
DID
DNID
ULCERE
IRA-IRC
EPILEPSIE
debute 23/04/23

INTUBATION : ok

Traitements habituels :

pour brulure ZAMOX / Solupred.
ventouse

CONCLUSION :

Traitement pour suivi

bilan ok.

OK pour A.L.R

Hf: 13.3

CR: 6000

HP: 175000

0 +

TP 84%

TCA 30/28

Urea: 0.55

Creol: 10.7

gly: 1.00

PSA 0.80

CRP 5.

Culture Stérile



FACTURE

N° : 202300798 / 2023 du 27/01/2023

Nom patient **SAOUTI ABDELMAJID**
PAYANT

Entrée 26/01/2023
Sortie 26/01/2023

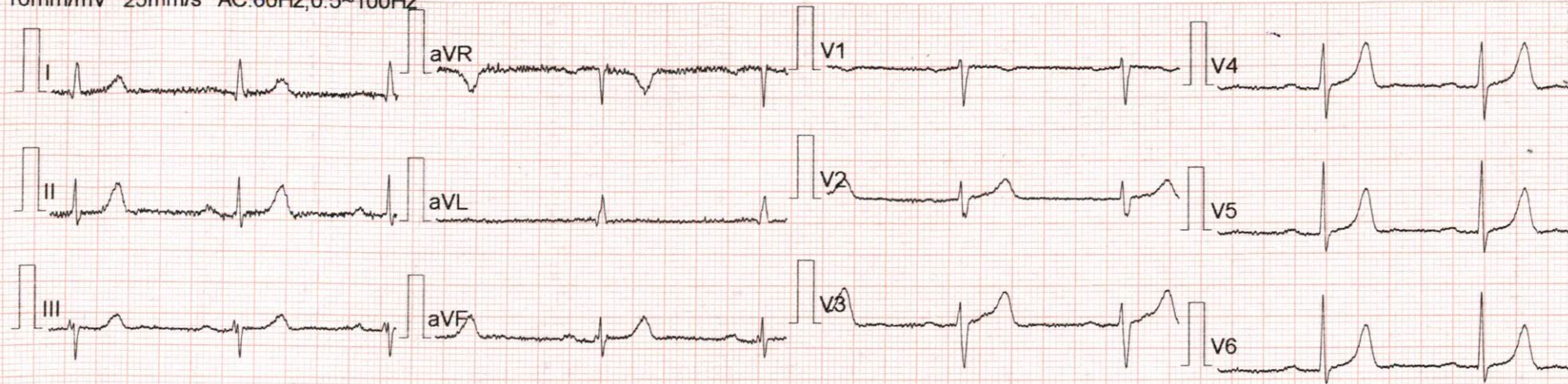
Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	100,00
Total Clinique				100,00

DR. M.A.R DRS. EL AOU (anesthésie réa)	1,00	CS	200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
Total Autres prestations				-200,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

CLINIQUE BADR
 35 Rue Alloussi - Bourgogne
 Tél. 05 22 49 28 00 Casablanca
 CAISSE

10mm/mV 25mm/s AC:60Hz,0.5~100Hz



ID: 230126009 Imprimer l'heure: 2023/01/26,17:04:04 Biocare iE 3

Nom:
Numéro ID: 230126009
Sexe:
Réf-service:

N° sous-ID:
Âge:
N° chambre:

***** Analyse résultat *****
8130 Bradycardie sinusale
623 Bloc AV 1er degré
ECG anormal

Mr. Saadate Abdemajid

Le 26. 01. 23

Fréquence cardiaque: 58 bpm	Intervalle PR	: 210 ms
Durée QRS : 96 ms	Intervalle QT/QTc	: 395/388 ms
Axes P/QRS/T : 68/-11/63°	Tension RV5/SV1	: 1.13/0.62 mV
Tension RV5+SV1 : 1.75 mV	[Code Minnesota]	
	63	

Le docteur doit confirmer le rapport:

Imprimer l'heure: 2023/01/26,17:04:16 Biocare iE 3

Vérifier l'heure: 2023/01/26,17:04:15