

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2651	Société :	R.A.M 151650
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		SAOUTI ABDELLAH	
Date de naissance :		21/06/1959	
Adresse :		HAY ITMAAROUNA R.S.D N°33 AÏN CHOCK	
		CASABLANCA	
Tél. :		06.61.71.42.90	Total des frais engagés : 3000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 26/01/23

Nom et prénom du malade : MR : Saouti - Abdellah Age : 64

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie Verte 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.

03 MAR. 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 : CASABLANCA

Le : 26/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
26.01.23		CS 200,00		Dr. B... Anesth... CHIRURGIE DR REMY
26.01.23	soap clinique	100,00	conique	DR Remy Signature 23.00

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

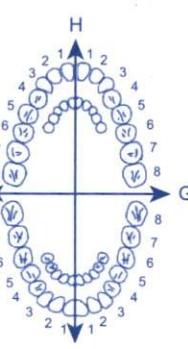
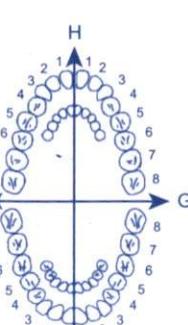
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M62651 Das: P19-0043 517

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

Date : 26. 01. 23

EXAMEN PREANESTHESIQUE

Nom Mr. Sanceti

Prénom Abdelmajid Né(e) : 21. 06. 1959

INTERVENTION

R+UV

Prévue le

Dr

Lamseffet 64Km

Antécédents anesthésiques :

M-

Antécédents allergiques :

(ASPIRINE)

Facteurs de risque

poids

Cœur et vaisseaux

Atcd

Examen, SF

ECG

Poumon et plèvre

Atcd

Examen, SF :

Autres appareils

INTUBATION :

Traitements habituels :

CONCLUSION :

Traitement pour suivi

Bilan O.R.

Aleol
TA M/H
Pouls 62

sédentaire

Veines

HTA
ANGOR
IVG - ICD
PACE
CMO

ASTHME

BPCO

EP

TVP

Taille

1, 72

→ HT en cours pour bronchite

DID

DNID

ULCERE

IRA-IRC

EPILEPSIE

ZAMOX / Solupred.
Ventoline

OK pour A-L-R

Hf: 13.3 0 + TP 84%
GB: 6000 TCA 30/28
Vp: 175000 Urine: 0,55
 Creat: 10.7
 gly: 1.00
 PSA 0,80
 CRP 5.

Cultive Sterile

F A C T U R E

N° : 202300798 / 2023 du 27/01/2023

Nom patient	SAOUTI ABDELMAJID	Entrée	26/01/2023
	PAYANT	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

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE BADR
35 Rue Aloussi - Bourgogne
Tel... 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:

***** Analyse résultat *****

8130 Bradycardie sinusale

623 Bloc AV 1er degré

ECG anormal

Mr. Sadiq 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