

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W21-790512

157894

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 419		MESSAOUDI HOUNAD	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MESSAOUDI HOUNAD		Date de naissance : 1940	
Adresse : Bd Yacoub el mawwal lot debani Rue el Anche		Tél. : 0662103713	
		Total des frais engagés : 2500,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Dr. Hamid Anesthésiste Réanimateur Tél. : 05 26 53 20 20 INPE : 131086951	
Date de consultation : 24/03/2023	
Nom et prénom du malade : MESSAOUDI HOUNAD Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Alerte sur la santé générale	
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 : 05/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



I. BOUZACHANE

## 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
5/04/2023 5/04/2023		CH	2 (00,00)	INP : 11111111111111111111111111111111 Dr. HANNEBOIS Anesthésiste Tél. : 03 88 88 88 88 INP : 11111111111111111111111111111111 E-mail : dr.hannebois@doctolib.fr

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

	L'EXECUTION

NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDCIN TRAITANT

Nom : MESSAOUI HOUSSAIN

1. Date de la constatations de l'état de malade :

2. Renseignement cliniques sommaires :

Patient admis pour consultation avec  
altération de l'état général.

3. Traitement envisagé et actes :

Hospitalisation

4. Durée prévisible du traitement :



Dr. Dr. Dr.  
Anesthésiste Réanimateur  
Institut National d'Innovation  
AL IRFANE  
Tél: +212 522 20 30951  
Fax: +212 522 20 30950  
E-mail: info@alirfane.com  
Site: www.alirfane.com  
Signature: [Signature]  
Permis N°: 112773191 - INPE 880061509  
Marrakech - Oujda  
Date: 10/03/2023

[Tapez un texte]



Oujda, le : 04...03...2023

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : Dr. Hamid HADJI

Anesthésiste Réanimateur

Tél: 05 36 53 20 20

Présente à M. C. IRFANE Tél: 05 36 53 20 20  
Présenté à M. C. IRFANE Tél: 05 36 53 20 20

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de ... si à ...

Dr. Hamid HADJI

Pour l'acte ... Service de médecine Réanimation

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.



Oujda, le : 04/03/2023

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : ..... Zakaria RAZI  
Présente à Mr. ..... Professeur ..... Médecin ..... Spécialiste des Maladies  
Sa note d'honoraires s'élève à la somme de ..... 10000 DH

Présente à Mr. ..... Médecin ..... Spécialiste des Maladies

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de ..... 10000 DH

Pour l'acte ..... Anesthésie ..... Cardiologie

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.



Oujda, le : 24.03.2013

## NOTE D'HONORAIRES

CLINIQUE AL IRFANE

Le Docteur : ..... INPIE: 101100907

en Chirurgie Vasculaire

Présente à M. ....  Professeur ....  M. ....

Pour la maladie : ....

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de ... Trois cent .....

Ans hems

Pour l'acte ..... Avis chirurgien vascular

Et le prie d'agrée l'expression de ces sentiments distingués.

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

- ANESTHESIE - REANIMATION
- CARDIOLOGIE
- CHIRURGIE GENERALE
- CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- CHIRURGIE INFANTILE
- CHIRURGIE THORACIQUE
- CHIRURGIE VASCULAIRE
- ENDOCRINOLOGIE
- GASTRO - ENTEROLOGIE
- GYNECO - OBSTETRIQUE
- MEDECINE GENERALE
- MEDECINE INTERNE
- NEUROCHIRURGIE
- NEUROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- ONCOLOGIE MEDICALE
- O.R.L- CHIR CERVICO- FACIALE
- PEDIATRIE - NEONATOLOGIE
- PNEUMOLOGIE
- TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- UROLOGIE
- URGENCES

Date d'entrée : 04/03/2023

- Date de sortie : 05/03/2023

Nom et Prénom : HOUMAD MESSAOUDI

Patient HOUMAD MESSAOUDI 83 ans

ATCD :

- *BAV implanté de PMK*
- *Cardiopathie ischémique stentée*
- *Pneumopathie traitée*

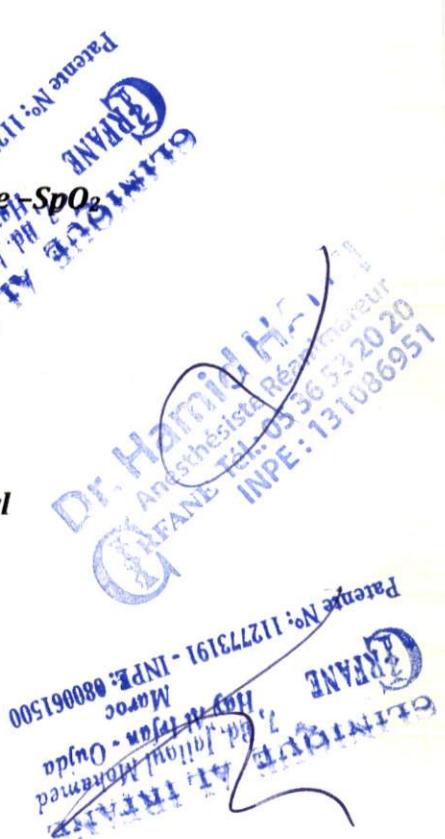
*Admis à la clinique pour prise en charge d'une convulsion avec altération de l'état général.*

*L'examen à l'admission : patient conscient mais très altéré, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, extrémité inférieures froides mais pouls Présents*

CAT:

- *O<sub>2</sub> lunettes*
- *Monitorage II-TA Scope - SpO<sub>2</sub>*
- *Avis cardio*
- *Avis vasculaire*
- *Avis neurologue : AVCI*

*Mis sous Depakine ,Lavoxyl*



Facture N° : FA2300882



080061500

Bénéficiaire : HOUMAD MESSAOUDI

Date d'entrée : 04/03/2023

Date de sortie : 05/03/2023

Désignation	Code (K)	Nbj / Qte	Tarif	Total
séjour		1,00	600	600,00
Médecin traitant		2,00	300	600,00
Avis vasculaire		1,00	300	300,00
Avis cardiologue		1,00	300	300,00
ETT		1,00	700	700,00

Total Facture : **2 500,00**

Arrêtée la présente facture et acquittée à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENTS DH

**Mode règlement : espèce**

Règlement à effectuer à l'ordre de : **Clinique AL Irfane**

**Banque :** Caisse Régionale de crédit agricole Oujda

**N° Compte :** 225.580.00144.1655651.0104.89

**ICE :** 001710097000060 **IF :** 14413857

Lot Talhaoui n 232 Rte Al Irfane Oujda - MAROC, Tél. :05 36 53 20 20 /Fax : 05 36 53 39 54  
 PATANTE N° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com

Oujda le 04/03/2023

## ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Patient Mr.MESSAOUDI HOUMAD de 83 ans suivi pour BAV avec  
implantation de PMK DC 2020

CMI sente 110/2022 .AVCI récent avec pneumopathie traitée il y a 15 jrs

SF OMI + DMS

Examen cardio vasculaire : auscultation normale, infiltration sous cutané

étendue à la cuisse + froideur des extrémités

ECG : REE à 833 bpm

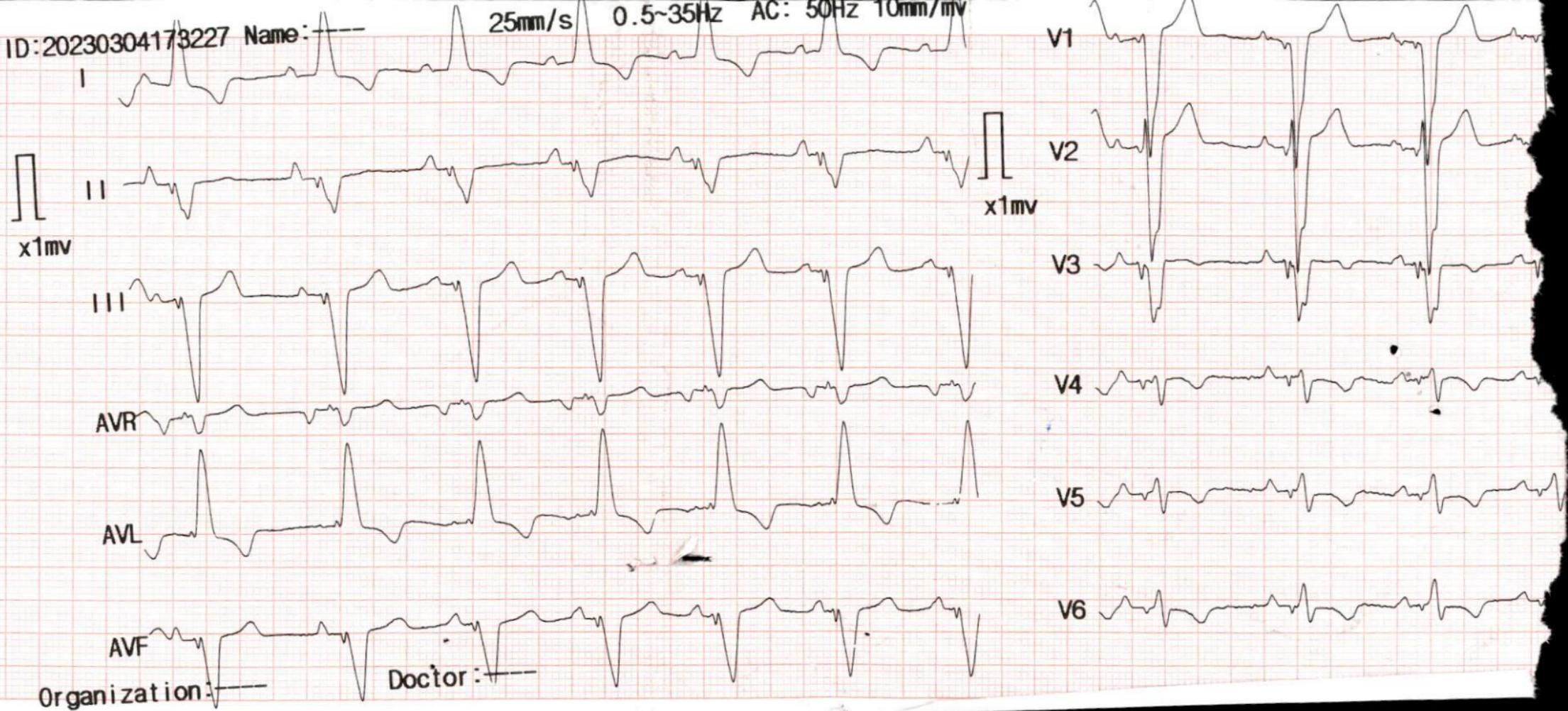
ETT : VG dilate à 61 mm en dysfonction systolique

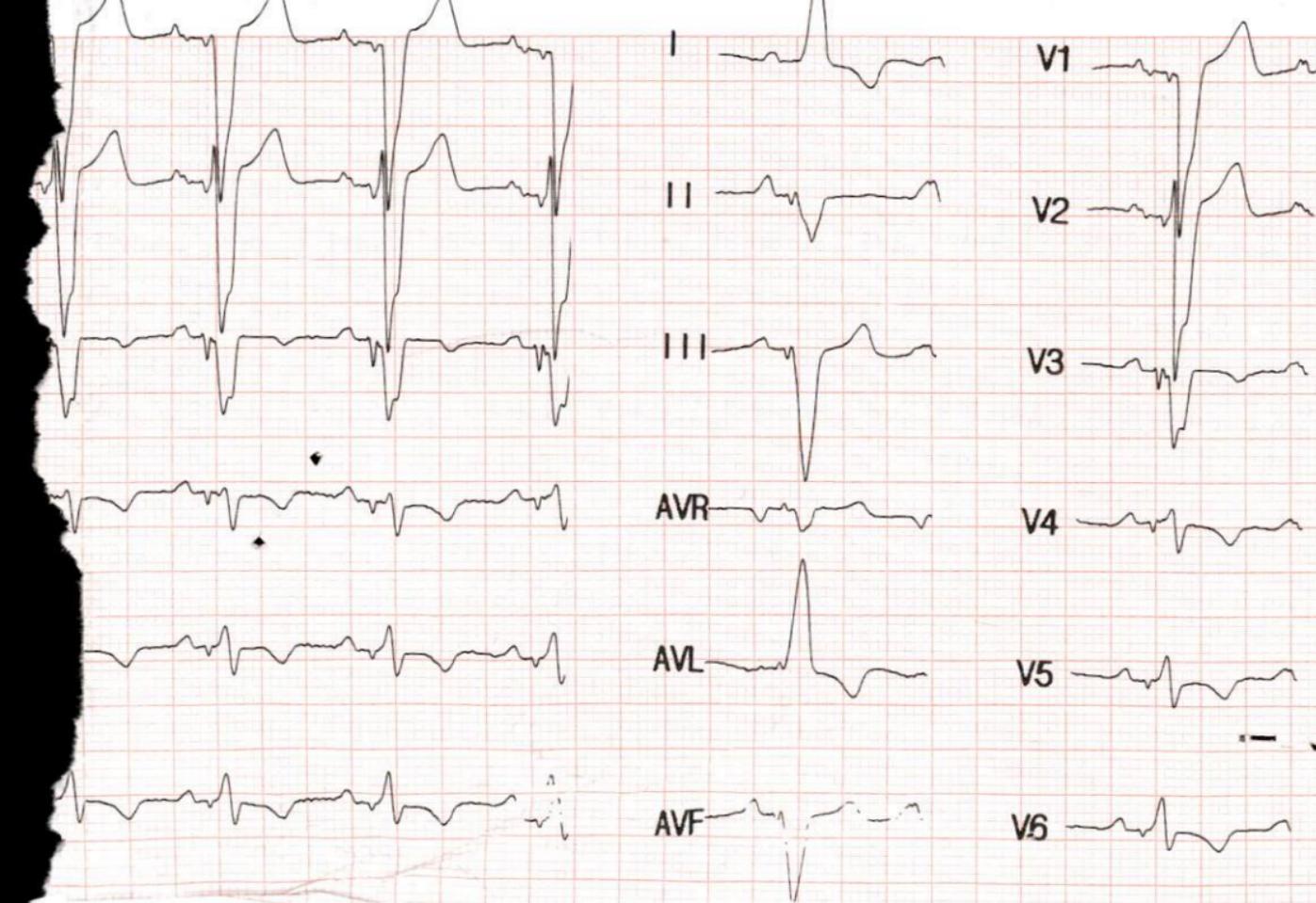
FEVG à 31%, OG de taille limite, Bas VD, pas de valvulopathie, pas

D' HTAP, VCP fine .



ID:20230304173227 Name: ---  
25mm/s 0.5~35Hz AC: 50Hz 10mm/mv





ID : 20230304173227

Name : ----

Sex : Female

Age : 25

HR : 83

R-R : 219

P-R : 193

QRS : 132

QT/QTC : 384/454

P/QRS/T : 46/-48/123

RV5/SV1 : 0.298/-1.675 mV

RV5+SV1 : -1.377

QTcF : 1.753

001:Sinus Rhythm

022:SVES

bpm

ms

ms Reference Report Confirmed by:

ms \_\_\_\_\_

ms \_\_\_\_\_

03-04-2023 17:32:43

mV

U 0255AO 06/04/2023  
GARIBIANE LTD. 11273191 INPE: 080061500  
H. S. J. Jefferson - Quesada  
CLINIC ALL TREATMENT  
Paterno 11273191