

# 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

- 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.

**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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2824 Société : 171428

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAHRI JOUTEL Naima

Date de naissance : 05-04-1952

Adresse : 518 Hadj Fateh - ouffa - ca

Tél. : 06.32.30.03.67 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : TAHRI JOUTEL Naima Age : 71 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Casa Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : TAHRI



### 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
14.07.05	CS		300,00	Universitaire International Clermont Pr. Michèle SAKKALI Anesthésie Réanimation

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

[Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Exam ORL	
Score ASA	2 - Patien: avec une maladie générale modérée
Bilan biologique	
CA (mmol/L)	100 mmol/L
Créat (mg/L)	8
BILAN SUPPLEMENT	
Groupe Sanguin	510 - O RhD positif
Consultation pré-anesthésie	
Conclusion de la consultation	OK pour anesthésie et intervention
Si patient à revoir, spécifier :	Patient à revoir avec : - Bilans : - Avis spécialisés : - Autres :
Préparation patient	
Décision par rapport au traitement en cours	MEDICAMENT CONTINUER / ARRETER COMMENTAIRE

NDA: 2300715729 - Service: Anesthésie-Réanimation  
01.10-DS Anesthésie - HCK- Fiche de consult anesthesie  
[BAKKALI HICHAM - MEDECIN PERMANENT] - 14/07/2023 13:20 (En Cours)

INFORMATIONS LIEES A L'INTERVENTION

Autre intervention opératoire	FOGD+ COLOSCOPIE
ANTECEDENTS ALLERGIQUES	
Médicaments	PENICILLINE
1. Médicaux	
Autre antécédents médicaux du patient	SYNDROME SEC HYPOTHYROIDIE
Traitement en cours	LEVOTHYROX 50 µG/J
2. Chirurgicaux	
Antécédents chirurgicaux	EXERESE CARCINOME BASOCELLULAIRE AU CUIR CHEVELU le mois 03 /2023 sous anesthésie locale sedation pour FOGD+ coloscopie 2019
Etat général	
Poids (Kg)	54,3 kg
Taille du patient (en cm)	150 cm
Indice de masse corporelle (IMC)	24,13
Surface corporelle (F. Dubois)	1,4836
Etat général du patient	Bon
Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire	
FC (/min)	63 b/min
TA Min (mmHg)	63 Pa
TA Max (mmHg)	140 Pa
SpO2	97 %
Tolérance à l'effort	Bonne
ECG	Normal
Auscultation	normale
CAPACITÉ FONCTIONNELLE À L'EFFORT	>4
Examen Neurologique	
Score Glasgow	15
Intubation	
Niveau de l'OB	>=3.5cm
Score de Mallampati	1 - Toute la luette et les loges amygdaliennes sont visibles
DMT	>=6.5cm
Nuque	SOUPLE
Mandibule	Mobile

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 14/07/2023  
Numéro : 97 965



090061862

Nom patient : TAHRI JOUTEI NAIMA

Médecin : PR. BEKKALI HICHAM  
*Anesthésie-Réanimat.*

2300715729

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00

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

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
mail : contact@ckm.ma  
N°INP 090061862

# FAYRI Souté NAIMA

30/07/2023 12:39:40

Id :

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 56 bpm

PR: 212 ms

R<sub>v5-6</sub>/S<sub>v1</sub> : 1.04/0.89 mV

QRS: 94 ms

Sok-Lyon : 1.93 mV

QT/QTcH: 434/427 ms

Axe: 65/57/53 °

Méd. :

Technicien :

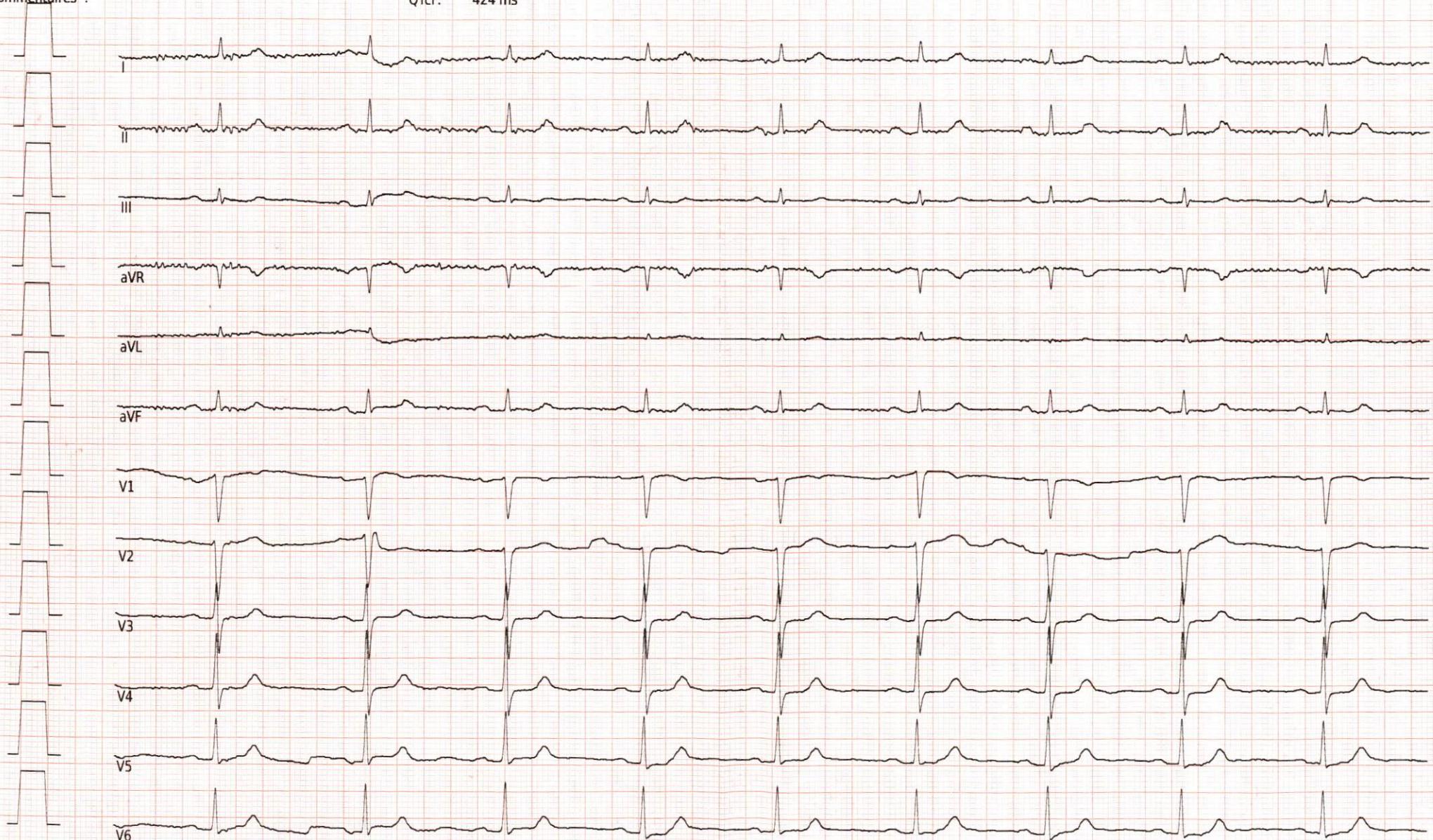
Commentaires :

Rythme sinusal avec bloc A-V 1er degré limite

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

ECG limite

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693