

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-813781

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NASR nouwa
 Date de naissance : 17/3/22
 Adresse :
 Tél. : 06 00 67 37 93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur C. GUIRAUD, Médecin Néphrologue
 RPPS 10005166167
 Clinique Saint Jean
 Place de l'Europe
 34430 SAINT JEAN DE VEDAS
 Date de consultation : 08/08/2023 Tél. : 04 34 11 43 27 - Fax : 04 30 78 60 39
 Nom et prénom du malade : VANES SIREN : 311 471 858 - APE : 8610Z Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hémodialyse
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Docteur C. GUIRAUD, Médecin Néphrologue
RPPS 10005186167
Clinique Saint Jean
Place de l'Europe
34430 SAINT JEAN DE VEDAS
Tél. 04 34 41 43 27 - Fax : 04 30 78 60 39
INESS : 340024553 - SIREN : 311 471 858 - APE : 8610Z

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Du du Fournisseur		

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

Cachet et signature
du Particien

[illegible]

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

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
-------------------	---------------------	-------------

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'E' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a series of smaller piers or abutments. The diagram is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Fondation Charles Mion - AIDER Santé

Saint Jean de Vedas UAD - 340024553

1, place de l'Europe
34430 ST JEAN DE VEDAS
Tel. : 04 34 11 43 27 Fax :
Email :

Médecin référent : GUIRAUD Cecile

Id. utilisée NASR MOUNA

Nom de naissance NASR

Prénom(s) de naissance MOUNA

Date de naissance 12/02/1979 Sexe F

Lieu de naissance (code INSEE) 99999

N° matricule INS

Messagerie sécurisée de l'usager :

INS non signée

Séance d'hémodialyse du 08/08/2023 à 8 h 00

☒ Identité vérifiée

IPP



Technique : Hémodiafiltration en ligne ☐ Pré ☒ Post

Temps de dialyse : 04:00 h

Générateur : 102510 N°

Test : ☐

Poste n° : Poste_06

Dialyseur : DIALYSEUR FX50

Débit sang : 250 ml/min

Départ : FRAXIPARINE 1900UI AXa/0.2ML SER (1900UI AXa)

Concentrés : Acide : SW 813 BIDONS 4.7 L

Na : 140.00 meq - K : 3.0 meq - Ca : 1.50 meq - Gluc. : 1.0 g/L

Bicarbonate : CART BIBAG 650G 5008

Dialysat :

Na : 140 mmol/L - HCO3 : 34 - Débit : ml/min - Temp : 36.5 °C

UF Max : ml

Profil UF : Profil Na :

Na départ : mmol/L Na Fin : mmol/L

Avant

Heure	08h00
Température	35,
Poids	53,8
TA Couché	118/82
TA Debout	
Pouls Couché	80
Pouls Debout	

Après

Heure	14h00
Température	36
Poids	49,9
TA Couché	131/81
TA Debout	
Pouls Couché	82
Pouls Debout	

Transporteur : - Tel :

☒ Cs ☐ ECG ☐ TF ☐ Guidage ☐ Des KT ☐ Autre

Taille : cm - Age : 44 ans

Poids sec : 50.0 kg IMC : 0.0

Poids à perdre :

98 kg - 47 kg = 51

Prélèvements

Dextro

☐ Avant ☐ Pendant ☐ Après

Poids de fin de séance précédente : kg

Abord vasculaire Type d'accès : FAV Anastomose : Radio - Radial

Site : Droit Art. :

Biponcture

Veil. :

☒ Examens Abord Vasculaire

Traitement intradialytique

Heure hh:mm	Poids Kg	T.A. mmHg	F.C. /mn	PA mmHg	PV mmHg	PTM mmHg	Débit sang ml/mn	UF Horaire ml	UF Totale ml
08h00	1100	118/82	80	- 125	169	126	300	307	—
09h30		150/82	80	- 85	149	55	"	307	438
14h30		165/79	80	- 65	138	58	"	"	1637

Restitution ☒ Bonne

☐ Moyenne

☐ Mauvaise

volume de restitution : 0 ml

Kt/V : 1.54

Volume infusé : 1 Litres

Volume sang total traité : 698 Litres

Recirculation : 1 %

Recommandations médicales : UF Max sur 4h: 2kgs

ARN Hep C à faire ce jour

Médecin :

IDE Branchement : MARIN

Reconditionnement du poste de dialyse

IDE Débranchement : MARIN



Madame NASR Mouna

FACTURE PRO FORMA-220801

NATURE ET PERIODE DES SOINS :
 Hémodialyse en UNITE D'AUTO DIALYSE
 Période : du 08/08/2023 au 08/08/2023

Grabels, le 02/08/2023

Facture acquittée le

08 AOUT 2023

Bénéficiaire : Madame NASR Mouna

AIDER SANTÉ

DESIGNATION	Qté	Prix Unitaire	Taux	Montant
<u>SEANCES D'HEMODIALYSE A SAINT JEAN</u> (D13)				
- Unité d'Auto Dialyse dates : 08 AOUT 2023	1	253,59	100	253,59 €
- Consultation (CS MPC)	1	25,00	100	25,00 €
(1)				278,59 € *

* Cette somme ne tient pas compte des actes susceptibles
d'être effectués en sus de la dialyse

Anne-Valérie BOULET
Directrice

(1) SOMME A ACQUITTER par :

- chèque certifié par votre organisme bancaire
- Espèces
- Virement : FR76 3000 3014 3000 0372 6191 013

Une facture acquittée vous sera expédiée après réception de votre règlement.

P.D. 