

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 061431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 76 12 Société : R A M 188965

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Azmi, Mohamed

Date de naissance : 08/11/1959

Adresse : Haj Fattah n° 8 ouffa Casa

Tél. : 06 74 88 12 14 Total des frais engagés : 250, dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CPA

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 : 09/01/2024

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

02.01.2020
Dr. Sanae AGOUZAL
Anesthésiste - Réanimateur
25000

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 Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, 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

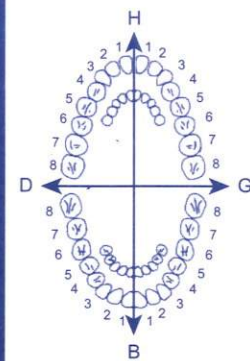
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

ANIDI, MHAMED

ID:

2-jan-2024

8:02:54

CLINIQUE RACHIDI

Masculin
173cm 65kg

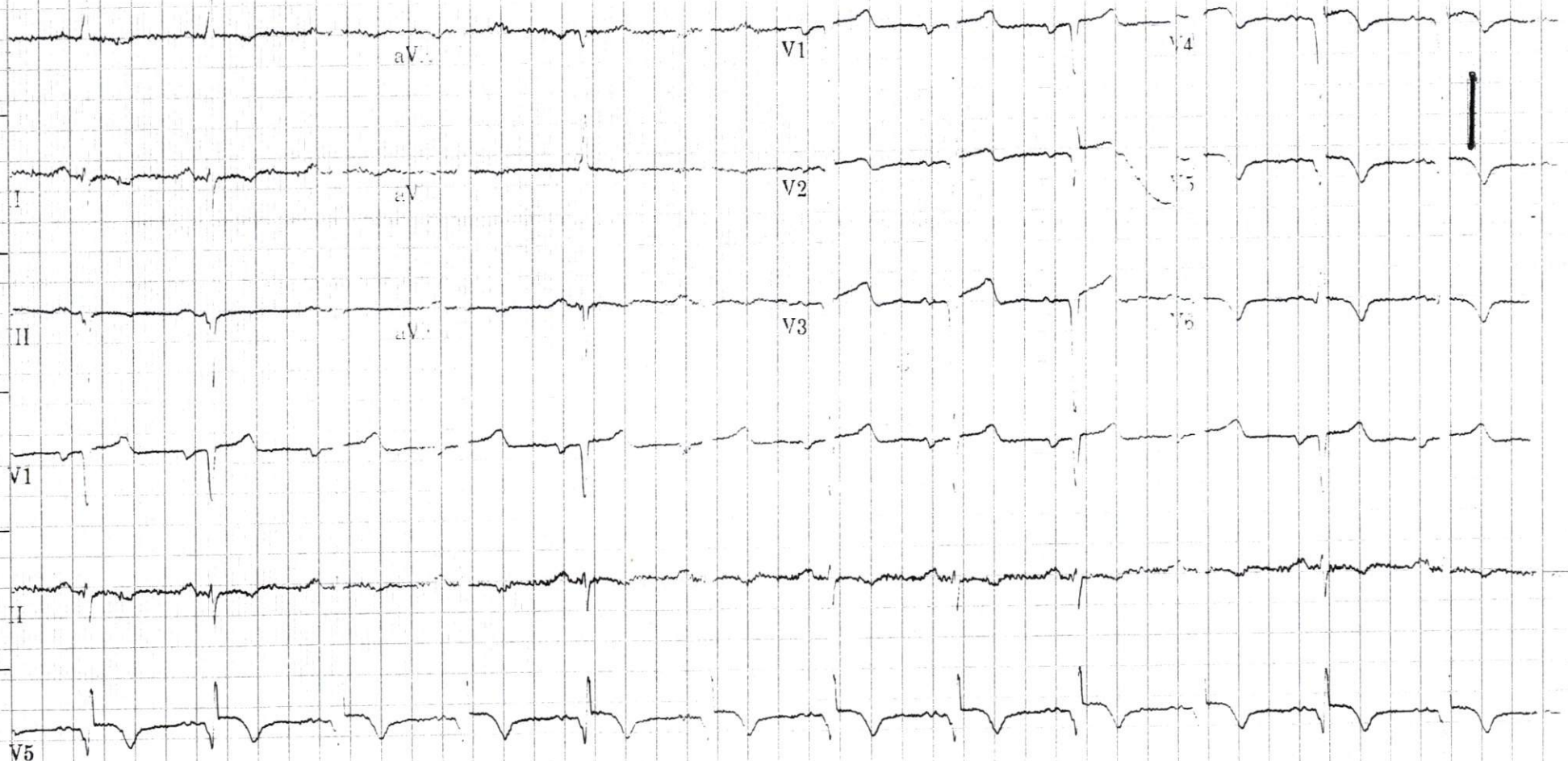
Fréq. ventr. 75 bpm
Intervalle PR 160 ms
Durée QRS 90 ms
QT/QTc 404/451 ms
Axes P-R-T 68 -49 187

Rythme sinusal normal
Possible Hypertrophie auriculaire gauche (HAG)
Déviation axiale gauche
Infarctus antéroseptal, date indéterminée
Anomalie de l'onde T, possibilité d'ischémie inférolatérale
ECG anormal

Technicien:
Indications:

Référé par

Non validé



Consultation Pré-Anesthésie

Med TT

Anesth. CS BENNIS Date CS 02 01 2024 Chambre Entrée
Intervention CATARACTE + IMPLANT PAR ~~PHACO~~ Date et heure
Anesth. Interv Praticien TAZI Nacer
Chirurgie Ambulatoire
Poids 65.00 B.M.I. 21.72 Tension 140/70
Taille 173 Pouls 70 Saturation
Transfusion ALR

INTUBATION:

Risque ? Mallampati 2
Dents : Mauvais
Bouche : RAS O1 (>5 cm)
Cou : MOYENNE E2 (angle 150°)
Rachis : RAS
Distance Thyro-Mentonnière: 0 mm
Tolérance AINS:
Prothèse:
ASA : III



Classe 1



Classe 2



Classe 3



Classe 4



Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4



ANTÉCÉDENTS À LA CONSULTATION :

CARDIO-VASCULAIRE: angioplastie TC 2015

FACTEUR RISQUES: tabac 50 PA

MÉTABOLIQUE: -Aucun ATCD « Métabolique » signalé (2 JAN 2024)

ALLERGIQUES: -Aucun ATCD « Allergiques » signalé (2 JAN 2024)

AUTRES: ASA Niveau 3 f Score de DUKES 4 à 7 METs (monte 1 à 2 étages, marche à plat >6 km/h)

EXAMEN CLINIQUE :

CARDIO-VASCULAIRE : BDC réguliers sans souffle audible

PULMONAIRE : Auscultation normale

NEUROLOGIQUE : RAS

AUTRES : Voie veineuse OK

TRAITEMENTS :

PLAVIX

CARDIOASPIRINE

TENORMINE

REDLIP

BILANS DEMANDÉS AVANT L'INTERVENTION :

Biologique : BILAN A VOIR.

DOCUMENTS FOURNIS : ECG: SINUSAL, REGULIER, onde Q en antéroseptal

EXAMENS À PRÉVOIR À L'ENTRÉE : Vérifier TA

ANTIBIOPROPHYLAXIE : Aucun

PRÉMÉDICATIONS : Aucun

RISQUES AGENTS PATHOGÈNES : Risque Agent Pathogène non indiqué

RISQUES : Coronarien | Diabétique

VISITE PRÉOP : Réalisée le _____ par Dr _____ - Modif. examen clinique : _____ - Modif. thérapeutique : _____

CONCLUSIONS : malade stenté- mais fume toujours bonne tolérance à l'effort

Dr. Sanae ~~GOUZAL~~
Anesthésiste
CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05.22.22.12.96

ATTENTE ACCORD.
REEDUCATION.

Dossier.
depose depuis
Mercredi 27/12/23.

Merci Salotti

Casablanca, le :

02/01/2021

الدار البيضاء في

AZNIDI MHAMED

EXAMEN PRE - ANESTHESIQUE

250,00

Dr. Sanae AGOUZAL
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi Casablanca
Tél. 0522 29 48 36 / 37
Reception

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ض. ج.: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س. ت.: 74087 - التامنا: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com