

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 76.12 Société : R.A.M 188365

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Azmi Li M'hamed

Date de naissance :

08/06/1959

Adresse :

Haj Fatih n° 8 ouffa Casa

Tél. :

06 74 88 12 14

Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sanae AGOUZI

Date de consultation :

02/01/2014

Nom et prénom du malade :

CRA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CRA

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.

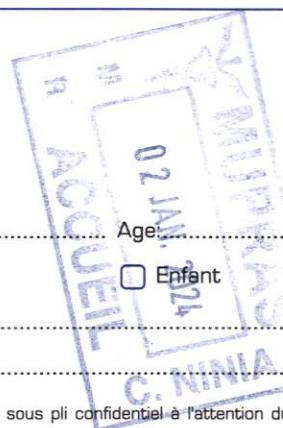
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 02/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

Am



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 |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02.01. 2017 | ANOUZAL animateur ECG | | 25000 | Dr. Sanae ANOUZAL chésiste animateur 01/01/2017 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NIDI, MHAMED

Masculin
173cm 65kg



Technicien:
Indications:

ID:

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

2-jan-2024

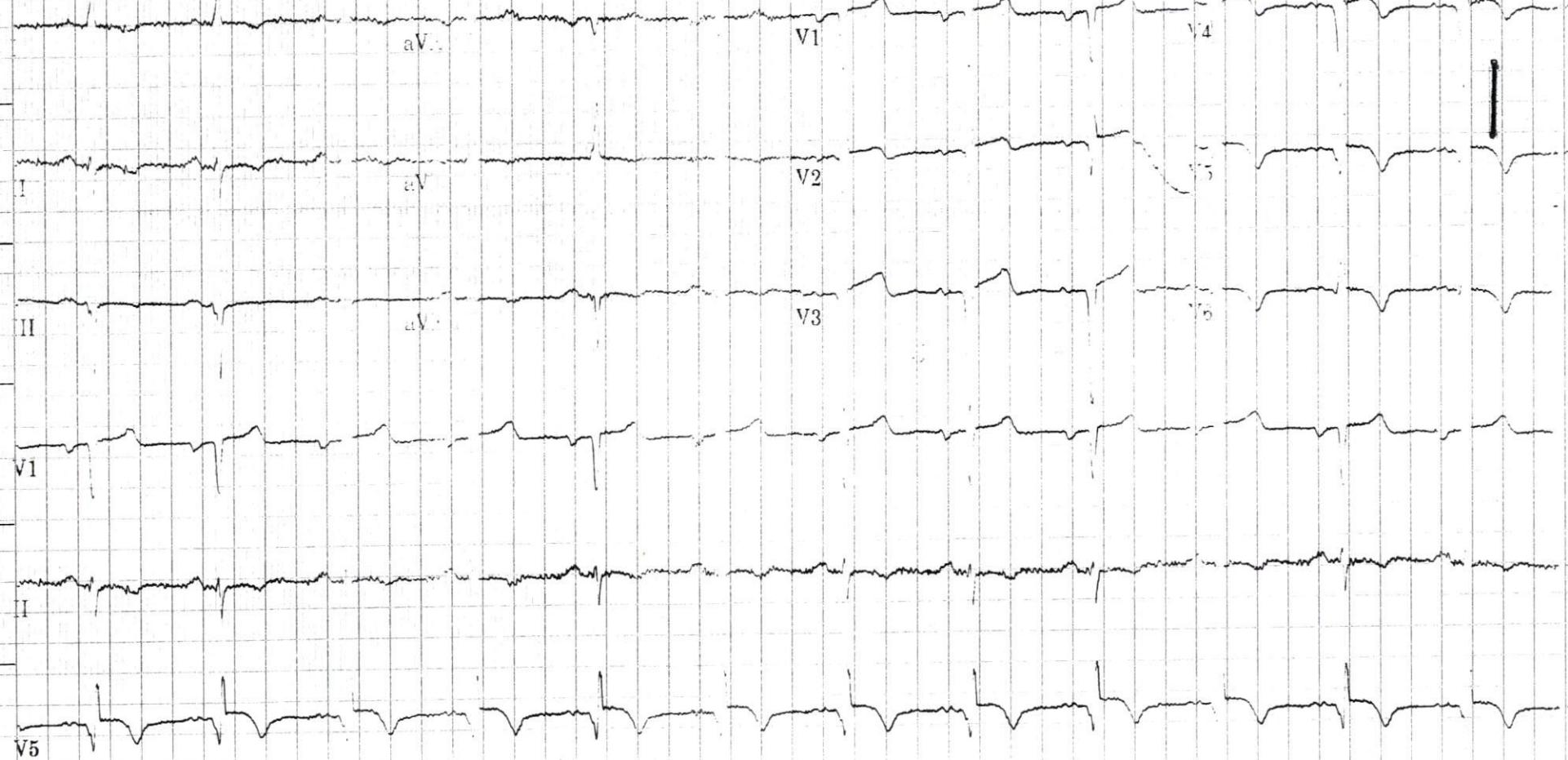
8:02:54

CLINIQUE RACHIDI

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

Référe par:

Non validé



Consultation Pré-Anesthésie

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|---------|------------|------------|------------|---------------|
| Anesth. CS | BENNIS | Date CS | 02 01 2024 | Med TT | 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 | ALR | |
| Transfusion | | | | | | |

INTUBATION:

Risque ? **Mallampati 2**

Dents : Mauvais

Bouche : RAS O1 (>5 cm)

Cou : MOYENNE E2 (angle 150°)

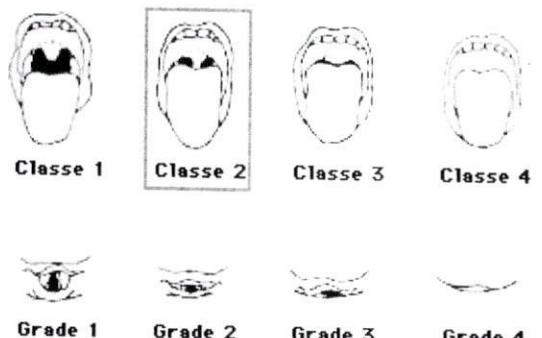
Rachis : RAS

Distance Thyro-Mentonnière: 0 mm

Tolérance AINS:

Prothèse:

ASA : **III**



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 **MOUZAL**
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05.22.22.12.96

ATTENTE ACCORD.

DEJUGATION.

Dossier.

depose défun

Mercredi 27/12/23.

Merci Salotti



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le :

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر

جهاز السكانير الجسماني الكلي
زرع فوقعة الأذن
التشخيص والتحليلات



صحة الراشدي

الدار البيضاء في

02/01/2014

AZNIDI MHAMED

EXAMEN PRÉ - ANESTHÉSIQUE

250,00

Dr. Sanae AGOUZAL
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd Rachidi Casablanca
Tel. 0522 29 48 36 / 37
Récception

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 العريفة: 01020458 - س.ت: 74087 - الباتما: 35504150
الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37
الفاكس: 05 22 22 03 57 - Email: www.cliniquerachidi.com