

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

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- 0043599

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAM RAM CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Sidi MAAROUF ESSADA IN°925 Casablanca

Tél. : 06 14 294 189 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2020

Nom et prénom du malade : MARTIAN Age :

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 : Le : 14/01/2020

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
07/01/2020	Ce		300,00 DA	Dr. BENNANI Ophthalmologiste Résidence Maymoud XI Dr. SAJIDE Hassan Anesthésiologie - réanimation Chirurgie maxillo-faciale CLINIQUE France Ville 93 Bd. Ghandi - Casa Tél: 66 61 200 450
08/01/2020			200,00 DA	



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'

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور بناني هشام

Docteur L. BENNANI HICHAM



Ophtalmologue

Laser - Angiographie

Chirurgie de la cataracte aux U.S.

Echographie A+B

OCT

TONOMETRE aAIR

ORDONNANCE

Casablanca, le :

07.01.2020

MARTAH

Dr. BENNANI HICHAM
Ophtalmologue
Résidence Mawlid XI
Sidi Maârouf - Casablanca

C P A

Dr. BENNANI HICHAM
Ophtalmologue
Résidence Mawlid XI
Sidi Maârouf - Casablanca

FACTURE
202000195
Du : 08/01/2020

Etablie par : M. Fatiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CONSULTATION + ECG	1	200,00	200,00
TOTAL CLINIQUE			200,00

Encaissement Compte d'Autrui

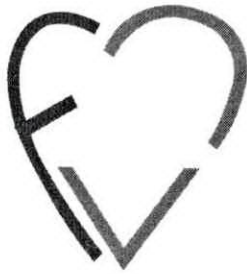
Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Preuves en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	200,00





CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرابين فرانس قیل

Département anesthésie réanimation Cardiovasculaire

Casablanca le 07/01/2019

Dossier d'anesthésie chirurgie Ambulatoire

Consultation pré anesthésique

Dr

- Nom : TARTIH SANDIA
- Age : 64 ans
- Indication chirurgicale : Cystite
- Opérateur : BENANI

ATCD

- ✓ HTA : ☒
- ✓ Diabète : ☒ sous insuline / 10 ans
- ✓ Tabac : ☒
- ✓ Dyslipidémie : ☒
- ✓ Dysthyroïdie : ☒
- ✓ Cardiaque : ☒ RCB 1.3 l/min comme Juin 2019.
- ✓ AVC/AIT : ☒
- ✓ BPCO/Asthme : ☒
- ✓ Tuberculose pulmonaire : ☒
- ✓ Toxique : ☒
- ✓ Allergique : ☒ Non Oui, type :
- ✓ Anesthésique : ☒ Non Oui
- ✓ Chirurgicaux : ☒

- ✓ Autres : ☒
- ✓ Traitements en cours : G-MARZ (A2)

plus
vitamine

Evaluation pré anesthésique :

- ✓ TA = 19 / 7 , FC = 65 , SaO2 : 91% air Libre.
- ✓ Neurologique : CGS 15 / 5, Autonomie : 1
- ✓ Cardiovasculaire :
 - Auscultation : 1
 - Score Duke : > 4
- ✓ Pneuro-pulmonaire
- ✓ Thyroïde :
- ✓ Carotide :
- ✓ Abdominale :
- ✓ Intubation : Score Mallampati : I - II , Prothèse : ⊕

MET, Score NYHA : I - II

Evaluation paracliniques pré admission :

- ✓ ECG : RSR

Synthèse :

- ✓ ASA : III

Conduite à tenir à l'hospitalisation :

- ✓ Compléter bilan biologique : GAJ = 2 , ABAn = 11,6
ACNT 11 , ABAT 12

- ✓ Compléter évaluation paracliniques :

- ✓ Gestion traitement anticoagulant :

- ✓ Protocole prémédication :

- Anis D'ALLAOU : pour Anis pBrix 5 jours
22

Observation

OK pour Anis 7
Anis D'ALLAOU 777

DR. A. FASLA
Anesthésie-Réanimation

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme MARTAH SAADIA
DATE DE NAISSANCE : 16/10/1956

Sejour : Du 08/01/2020 au 08/01/2020



Reçu N°: 135433

Patient du 08/01/2020 15h55

Adressé

Montant

200,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : ELOUATTASSI BADIA Le 08/01/2020

Clinique France Ville
393, Bd Ghandi - Casa
Tél: 05 22 23 26 27
R

NOM: Martah
PRENOM: Saadia
ID:
DDN:
Age: ans
Sex:

8-Jan-2020 19:33:08

Fréq. Card.: 65 BPM
Int PR: 144 ms
Dur. QRS: 94 ms
QT/QTc: 413/425 ms
Axes P-R-T: 45 16 39

TA-17/7
SR-2-99

