

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

- 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



ND: 17734

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007794

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2466 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAUSSY Saïda Date de naissance : 1954
Adresse : 30, Rue Ain el mestek Raja EL TARRAH / Benguigne
Tél. : 0668971004 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 23 JAN 2020
Nom et prénom du malade : AGUEH Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ACCIDENT - MORTALITE
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 : CASABLANCA

Le : 23 JAN 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
14/11/99	C2 + MC		289,000	Dr. Sanae AGGAS Anesthésiste - Réanimateur CLINIQUE RACHIDI 43, Bd. Rachidi - Casablanca Tél : 05.22.22.12.96

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

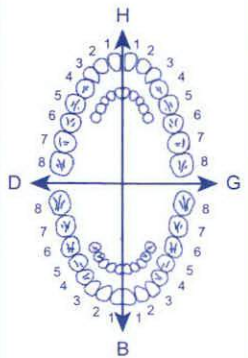
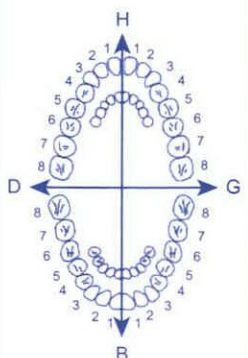
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OC

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le ١٠ DEC. 2019

Cher Confrère ,

Je me permets de t'adresser MME SOUSSI SAIDA pour
examen pré-anesthésique ,
Patient devant se faire opérer de cataracte de l'oeil DROIT
sous anesthésie locale .

Confraternellement.

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani - 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

813

8138

Consultation Pré-Anesthésie

Med TT

Anesth. CS	BENNIS	Date CS	12 12 2019	Chambre	Entrée
Intervention	CATARACTE + IMPLANT PAR PHACO			Date et heure	
Anesth. Interv				Praticien	D'KHYSSI Mouhssine
Chirurgie Ambulatoire					
Poids	65.00	B.M.I.	25.71	Tension	150/80
Taille	159	Pouls	70	Saturation	
Transfusion				ALR	

INTUBATION:

Risque ? Mallampati 2

Dents : RAS

Bouche : RAS O1 (>5 cm)

Cou : RAS E1 (angle 180°)

Rachis : RAS

Distance Thyro-Mentonnière: 0 mm

Tolérance AINS:

Prothèse:

ASA : II



Classe 1



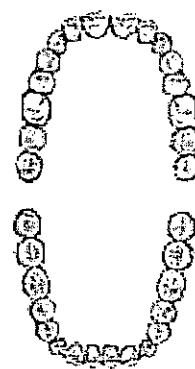
Classe 2



Classe 3



Classe 4



Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4

ANTÉCÉDENTS À LA CONSULTATION :

CARDIO-VASCULAIRE: HTA essentielle 2000

CHIRURGICAUX: Fibromectomie sans hystérectomie

MÉTABOLIQUE: -Aucun ATCD « Métabolique » signalé (12 DEC 2019)

ALLERGIQUES: -Aucun ATCD « Allergiques » signalé (12 DEC 2019)

AUTRES: ASA Niveau 2 f sclérodémie: atteinte des extrémités des MS 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 :

FIBROCARD

COLCHICINE

BILANS DEMANDÉS AVANT L'INTERVENTION :

Biologique : BILAN A VOIR.

DOCUMENTS FOURNIS : ECG: SINUSAL, REGULIER, CONDUCTION ET REPOLARISATION NORMALES

EXAMENS À PRÉVOIR À L'ENTRÉE : Vérifier TA

ANTIBIOPROPHYLAXIE : Aucun

PRÉMÉDICATIONS : Aucun

RISQUES AGENTS PATHOGÈNES : Risque Agent Pathogène non indiqué

RISQUES : Aucun

VISITE PRÉOP : Réalisée le . par Dr

- Modif. examen clinique : - Modif. thérapeutique :

CONCLUSIONS : sclérodémie- HTA équilibrée- pas de préparation en vue de l'opération

Dr. Sana GOUZAL
Anesthésiste
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 22 22 00

BOUSSI SAIDA

ID:

12-déc-2019 8:56:04

CLINIQUE RACHIDI

Remoin
159cm 65kg

Freq. ventr. 84 bpm
Intervalle PR 204 ms
Durée QRS 80 ms
QT/QTc 352/415 ms
Axes P-R-T 32 34 87

Rythme sinusal normal
Possible Hypertrophie auriculaire gauche (HAG)
ECC limite

Technicien:
Indications:

Référé par:

Non validé

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

aVF

V3

V6

V1

V5