

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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° P19-0017063

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *Bencharouen*

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : *Bon charouen*

Adresse : *3 Rue Tol Aboul*

Tél. : *0663275535*

Société : *R.A.N*

Autre :

Date de naissance :

*13 MARS 2021*

Total des frais engagés :

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *10/10/2021*

*Tarida*

## 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
01/01/2021	01/01/2021	7 ticket modérateur	27550,00	
2021	2021			

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

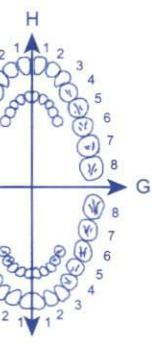
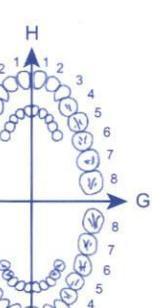
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

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 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				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

## Département de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

**CLINIQUE FRANCEVILLE**



### **COMPTE RENDU OPERATOIRE**

CLINIQUE FRANCEVILLE

COMPTE-RENDU OPERATOIRE DU 30/1/2021

Nom : BENKIRANE

Prénom : HAMID

Date de naissance : 67ans

Poids : 71 kg

Taille : 172CM

Surface corporelle : 1.84 m<sup>2</sup>

Groupe sanguin : A+

TITRE DE L'INTERVENTION : Plastie mitrale

Opérateur : Pr Baron/Dr Faris Bouchaib

Anesthésiste : El Khaoudi

Assistant : Dr Benlaaraibia

Perfusioniste: Abdelali Amajgal

Instrumentiste : My Ahmed Drissia

CEC : aorte et veines cave. Temps de CEC : 113 minutes. Clampage aortique : 92 minutes

Oxygénateur :Medos 7000S

Protection myocardique : sang enrichi en CP1B

Procédure :

sternotomie médiane longitudinale, exérèse thymique, héparinisation générale et mise en route de la CEC entre l'aorte et la veine cave supérieure et inférieure. Clampage aortique. Décharge cardiaque par la veine pulmonaire supérieure droite et la racine aortique. Cardioplégie.

Ouverture de l'OG dans le sillon de sondergaard

Prolapsus de P2, de P3, dilatation annulaire et excès tissulaire

Résection de P2 et d'une partie de P3

Glissement médial de P1 et du reste de P3

Plicature annulaire postérieure permettant le rapprochement de P1 à P3

Reconstruction de la valve postérieure par des points séparés de prolène 5/0 17

Annuloplastie complémentaire par un anneau de Carpentier edwards 32

Test à l'eau satisfaisant

Fermeture de l'OG

Purges aériques, déclampage aortique. Le cœur repart en rythme sinusal

Arrêt de la CEC dans de bonnes conditions avec une hémodynamique stable. Décanulation. Protamine. Hémostase soigneuse.

Une paire d'électrodes sur le ventricule droit.

Drainage, ostéosynthèse sternale, plans pré-sternaux p

DR Faris .B

Maître es sciences en chirurgie cardiaque



## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

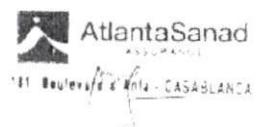
N° police	004.2006.00000109	Intermédiaire	072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	02 - MAROC LEASING RETRAITES		
Adhérent	00000188 - *BENKIRANE HAMID	Adresse	8, rue Mikhail Nouaima -ex Quais - CASABLANCA
Malade	Lui même		
N° sinistre	040.2021.00001380	Date décision	27/01/2021
Frais engagés	110 000.00 Dhs	Date édition	27/01/2021
Date survenance	15/01/2021	Réf. Etat	a.chadery
Nature maladie	I05-I09 : Cardiopathies rhumatismales chroniques		
N° dossier			

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **15/01/2021**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre à **CLINIQUE FRANCEVILLE** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **85.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **82 450.00 Dhs (QUATRE VINGT DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS)**.

Ci-joint le détail de la prise en charge par prestation.

POUR LA COMPAGNIE



N.B. : S/réserve les pièces justificatives

N.B. : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois. La facture accompagnée de l'originale de la présente doivent être envoyées 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.

1/2

# CLINIQUE FRANCE VILLE

ATLANTA  
NOM DU PATIENT : M. BENKIRANE HAMID  
NOM ADHERENT : BENKIRANE HAMID  
SEJOUR : Du 28/01/2021 au 06/02/2021  
MATRICULE : 00000188  
REF. PEC : 040.2021.00001380  
COTATION : 82 450,00



## FACTURE

202100763

Du : 06/02/2021

Code	Prestation	Qté	Lettre Clé	Prix U.	Montant
CO03**	ANNULOPLASTIE MITRALE AVEC ANNEAU PROTHETIQUE SOUS CEC	1		110 000,00	110 000,00
				Total Facture	110 000,00
				Part organisme	82 450,00
				Part adhérent	27 550,00

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

Arretée à la somme de CENT DIX MILLE DIRHAMS

## Notre compte bancaire :

BANQUE P AGENCIE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71

PAYE PAR CHEQUE  
N° 46513 SUR 3 MCT  
DE # 22510 JUN 4 1988



**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Organisme de PEC : ATLANTA  
NOM DU PATIENT : M. BENKIRANE HAMID  
SEJOUR : Du 28/01/2021 au 06/02/2021

Casablanca  
**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE**

202100763  
Du : 06/02/2021

27 550,00

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

Arrêt la présente à la somme de **VINGT-SEPT MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Signature de l'adhérent



**CLINIQUE FRANCE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

**N° DE DOSSIER** 2102171

**NOM DU PATIENT** M. BENKIRANE HAMID

**MÉDECIN TRAITANT** BENCHEKROUN Driss

**PRISE EN CHARGE** ATLANTA

**NUMERO PRISE EN CHARGE** 040.2021.00001380

**DATE D'ENTREE** 28/01/2021

**DATE DE SORTIE** 06/02/2021

