

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-639940

gouff cover

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01948	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JBARA DRISS			
Date de naissance : 01/01/1947			
Adresse : 01, Rue Nelsaneel Charnit			
Tél. : 0664557044 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs			

Autorisation CNOP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Prザkaria BAZID Professeur Agrégé Spécialiste des Maladies Cardiovasculaires Cardiologue Interventonnaire CLINIQUE ALIRFANE</i>	
Date de consultation : 13/11/2021	
Nom et prénom du malade : JBARA DRIS	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : Ansa	
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 : **Oujda**

Le : **13/11/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Ghali

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-639940

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **01948**
Nom de l'adhérent(e) : **JBARA DRIS**
Total des frais engagés : **6000,00 Dhs**
Date de dépôt : **18/11/2021**

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
01/13.10.2021	X 100		6000,00	INP : 1111111111111111
st 13.10.2021	FF			Signature : Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE CONFIDENTIELLE

DU MEDCIN TRAITANT

Nom : ZBARA Driss

1. Date de la constatations de l'état de malade :

2. Renseignement cliniques sommaires :

Anam - invalidant chez un patient
diabète sucré et hypertendu

3. Traitement envisagé et actes :

1/100 F

Pr Zakaria BAZID
Professeur
Spécialiste des Maladies
Cardiovasculaires
Cardiologue Interventionnel
INPE: 06 17 26 45
CLINIQUE AL IRFANE

A Oujda le 13 / P / 2021

Signature :

13/10/2021

IESIE - REANIMATION

LOGIE

GIE GENERALE

GIE ONCOLOGIQUE

GIE INFANTILE

GIE THORACIQUE

GIE VASCULAIRE

RINOLOGIE

)- ENTEROLOGIE

)- OBSTETRIQUE

INE GENERALE

INE INTERNE

CHIRURGIE

LOGIE

.MOLOGIE

GIE MEDICALE

CHIR CERVICO-FACIALE

RIE - NEONATOLOGIE

OLOGIE

ATO - ORTHOPEDIE

GIE

CES

COMPTE RENDU DE LA CORONAROGRAPHIE

Nom du patient : JBARA DRISS

Cardiologue interventionnel : DR BAZID

Indication: Angor invalidant chez un patient diabétique et hypertendu.

Technique : Ponction de l'artère radiale droite.

Matériel : Introducteur radial 5 F Cordis, JL3,5 et JR4

Résultat :

Dominance : droite.

Tronc commun gauche : de bon calibre, indemne de sténose significative.

Artère interventriculaire antérieure : est une artère de bon calibre, athéromateuse, calcifiée ,siège d'une lésion serrée (80%) au niveau de sa partie proximale en regard du départ d'une branche diagonale athéromateuse, de moyen calibre, présentant une lésion serrée ostio-proximale (70%). Le lit d'aval de l'IVA et de la diagonale est de bon calibre

Artère circonflexe : Athéromateuse, de bon calibre , siège d'une lésion très serrée(90%)proximale et de lésions serrées étagée de son segment moyen et distal. Elle donne naissance à une branche marginale athéromateuse, de moyen calibre indemne de lésion significative.

Artère coronaire droite : Athéromateuse ,de bon calibre, siège d'une lésion serrée(70%) au niveau de son segment moyen avec bon lit d'aval.

Conclusion :

Sténoses serrées de la CDT moyenne.

Sténose très serrée de la Cx proximale.

Sténoses serrées étagées de la Cx moyenne et distale

Sténose serrée calcifiée de la bifurcation IVA proximale-diagonale type(1,1,1) de MEDINA.

CLINIQUE AL IRFANE
7 Bd. Jalloul
Hcy Al Ifane - Oujda

PR Zakaria BAZID
Professeur Agrégé
Spécialiste des Maladie
Cardiovasculaires
Cardiologue Interventionnel

Facture N° : FA2102197



080061500

Bénéficiaire : DRISS JBARA

Date d'entrée : 13/10/2021

Date de sortie : 13/10/2021

Désignation	Code (K)	Nbj / Qte	Tarif	Total
CORONAROGRAPHIE	Y100-F	1,00	6000	6 000,00

Total Facture : **6 000,00**

Arrêtée la présente facture et acquittée à la somme de : **SIX MILLE DH**

Mode règlement : espèce

Règlement à effectuer à l'ordre de : **Clinique AL Irfane**
Banque : Caisse Régionale de crédit agricole Oujda
N° Compte : 225.570.00144.1655651.0104.89

ICE : 001710097000060 IF : 14413857

Lot Talhaoui n 232 Rte Al Irfane Oujda -MAROC , Tél. :05 36 53 20 20 /Fax : 05 36 53 39 54
PATANTE N° 11277319 Email :cliniquealirfane@gmail.com



BILLET DE SORTIE

Nom : J.BABA

Prénom : Driss

Date d'hospitalisation : 13.10.2021

Diagnostic : Colon proptrophe

Date de sortie : 13.10.2021

Docteur : Dr. S. S.

A.R Le :