

# 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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- 0025566

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11451 Société : 128903

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Soussi LALILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 07 06 41 11 16 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....  
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie **M22-0025566**

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autr.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11451**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SOUSSI NE NEBHI LAÏLA**

Date de naissance :

**01.03.1974**

Adresse :

**81 Sud Lahcen Beni Béni**

Tél. : **0706148546**

Total des frais engagés :

**Cias. 1201160408J**  
Dr. D. Pablo González Gomez  
**Col. 35/06861-2**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**26**

**07/2022**

Nom et prénom du malade :

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 décrois avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**  
19 SEP. 2022  
R. ACCUEIL

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-510537

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **11451**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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
Consulte medico			60€	INP :  Cias. 1201160408, Dr. D. Pablo González Gómez. Col. 35/06861-2

## 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
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'opacification.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>RN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																		
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST



Tipo de documento:

## INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

Denominación del Servicio de Salud: Servicio Canario de la Salud



Government  
of Canarias

Nombre: SOUSSI

Primer apellido: MENEGBHI

CIP de la C. Autónoma: MNXX740941504

Teléfono:

Segundo apellido:

DNI/T. Residencia/Pasaporte:

Fecha de Nacimiento: 01/09/1974

Sexo: M

Edad: 47 Años

Fecha y hora de ingreso o de activación del recurso: 26/07/2022 22:38

Fecha y hora de alta: 26/07/2022 23:13

PROCEDENCIA: Por decisión del paciente o familiar

MOTIVO DE ALTA: Traslado a domicilio

TIPO DE CONSULTA:

### MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal y diarrea.

### ANTECEDENTES

ALERGIAS

ENFERMEDADES PREVIAS

### MEDICACIÓN PREVIA

Medicación previa cerrada:

Medicación previa activa: METAMIZOL 575 MG 20 CAPSULAS ORAL, 1C/8h | SUERORAL CASEN 5

SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL, 1S/12h

ANTECEDENTES NEONATALES, OBSTÉTRICOS Y QUIRÚRGICOS

SITUACIÓN FUNCIONAL

ANTECEDENTES SOCIALES Y PROFESIONALES

### HISTORIA ACTUAL

Mujer de 47 años con antecedentes de anemia con toma de Fe oral que acude por dolor abdominal tipo cólico desde esta mañana acompañado de diarrea líquida de color negro. No sangre fresca ni mocos. Refiere que tomo fortasec durante el día con mejoría de la clínica pero hoy durante la noche comienza nuevamente con el dolor y la diarrea. Asocia la clínica a un sandwich que ha estado comiendo durante estos días con salsa en un restaurante. No ha tenido fiebre. Niega náuseas o vómitos.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

CONSTANTES

### RESUMEN DE EXPLORACIÓN

BEG: Consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Eupneica y afebril.

ABD: Blando y depresible. Ruidos hidroaéreos presentes y normales. Doloroso a la palpación profunda en epigastrio sin irradiación. No signos de irritación peritoneal. PPRB-.

### RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

LABORATORIO

IMAGEN

OTRAS PRUEBAS

### EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

#### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

558.9 GASTROENTERITIS AGUDA ( NO INFECCIOSA - G.E.A. - GEA )

#### OTROS DIAGNÓSTICOS

#### PROCEDIMIENTOS

#### TRATAMIENTO

TÉCNICAS TERAPEUTICAS

### FÁRMACOS

ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO 10 MG 60 COMPRIMIDOS ORAL, 1C/8h

### RECOMENDACIONES

Suero oral 1 sobre diluido en 1 botella de 1,5L. Beber tras deposición diarreica

Probióticos

Si dolor o malestar abdominal buscapina 10 mg 1 cada 8 horas. Si más dolor Nolotil 575 mg 1 cada 8 horas.

Evitar toma de fortasec

Control por su médico habitual; si signos de alarma explicados acudir nuevamente.

Denominación del proveedor de servicios: Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Denominación del centro: GUARARTEME, C.S.

Teléfono: 928303756

Tipo de vía: Calle Nombre de la vía: Mario César

Número de la vía: S/N Piso: Letra:

1/2

Código postal: 35010

Municipio: PALMAS DE GRAN CANARIA(LAS) Provincia: LAS PALMAS

País: ESPAÑA

Dirección web/Correo electrónico: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>



Tipo de documento:

## INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

Denominación del Servicio de Salud: Servicio Canario de la Salud



Gobierno  
de Canarias

Nombre: SOUSSI

Primer apellido: MENEHBI

CIP de la C. Autónoma: MNXX740941504

Teléfono:

Segundo apellido:

DNI/T. Residencia/Pasaporte:

Fecha de Nacimiento: 01/09/1974

Sexo: M

Edad: 47 Años

### OTRAS RECOMENDACIONES

Por favor, atienda las indicaciones que se le han dado. Si no mejora y/o empeora, vuelva a acudir al Servicio.

Nombre: SOUSSI

Primer apellido: MENEHBI

Segundo apellido:

Fecha de nacimiento: 01/09/1974

Sexo: M

DNI/T. Residencia/Pasaporte:

NASS:

CIP de la C. Autónoma: MNXX740941504

Nº historia clínica:

Código SNS:

CIP Europeo:

Tipo de vía: CALLE

Nombre de la vía: DESCONOCIDA

Número de la vía:

Piso:

Letra:

Código postal:

Municipio:

Provincia:

País: ESPAÑA

Teléfono:

Persona de referencia:

Teléfono de referencia:

Nombre responsable 1:

Categoría profesional 1:

Nombre responsable 2: ESTEFANIA PADRON DIAZ

Categoría responsable 2: MÉDICO DE FAMILIA

Fecha de firma: 26/07/2022

Unidad asistencial responsable: Servicio de Urgencia de A. Primaria

Denominación del proveedor de servicios: Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Denominación del centro: GUANARTEME, C.S.

Teléfono: 928303756

Tipo de vía: Calle Nombre de la vía: Mario César

Número de la vía: S/N Piso: Letra:

2/2

Código postal: 35010

Municipio: PALMAS DE GRAN CANARIA(LAS) Provincia: LAS PALMAS

País: ESPAÑA

Dirección web/Correo electrónico: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>

# Plan de Tratamiento de Receta Electrónica



03072204703134

Servicio Canario de la Salud

## Datos del Usuario

Don / Dña. SOUSSI MENEYBI

Fec. Nacimiento: 01/09/1974

Aportación: NOFAR - 100%

## Emitido por el Profesional

Don / Dña. ESTEFANIA PADRON DIAZ

Núm.: 35/09117-8

Centro: GUANARTEME, C.S.

CIAS: 1201160400M

## PRIVADO - RESPONSABLE PACIENTE

Fecha de emisión: 26/07/2022

Validez hasta: 23/08/2022

## Tratamientos Agudos

Nº	Prescripción	Instrucciones al Paciente	Duración Tratamiento	*PVP	Observaciones al Farmacéutico
2	ESCOPELAMINA BUTILBROMURO 10 MG 60 COMPRIMIDOS ORAL <i>Pain</i>	1 COMPRIMIDOS cada 8 HORAS - VIA ORAL	Desde 26/07/2022 Hasta 01/08/2022	5,31 €	
3	SUERORAL CASEN 5 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL <i>Every time diarrhea</i>	1 SOBRES cada 12 HORAS - VIA ORAL	Desde 26/07/2022 Hasta 31/07/2022	3,72 €	
1	METAMIZOL 575 MG 20 CAPSULAS ORAL <i>If more pain</i>	1 CAPSULAS cada 8 HORAS - VIA ORAL	Desde 26/07/2022 Hasta 02/08/2022	2,18 €	

→ *Probióticos* →

POBLACIÓN SIN TARJETA:



XWJTZZBVRVYSBBZW

Acuda a la farmacia cuando se le esté acabando la medicación y retire únicamente lo que necesite.

Los precios que figuran en este Plan de Tratamiento pueden estar sujetos a variaciones. Consulte en la oficina de farmacia el PVP final.

Si tiene alguna duda con la apariencia, color o envase de su medicación consulte con el farmacéutico/a.

\* Consultar en Oficina de Farmacia

\*PVP: Precio Orientativo

Este Plan de Tratamiento debe quedar siempre en posesión del paciente



Servicio Canario de la Salud

Gerencia de Atención Primaria  
del Área de Salud de Gran Canaria

## RECIBO DE COBRO DIRECTO

Facturación por Prestaciones Sanitarias

## en Centro de Salud del Servicio Canario de Salud

N.I.F.Q - 8555011 - 1

 Gobierno  
de Canarias

## CENTRO

DR. GIANARTÈ

RECIBO N°.: 00920

FECHA.....: 26/07/2022

Nombre y apellidos: SOUSSI HENEBAT N.I.F.: AT4767531  
Dirección.....: MARRUECOS  
Provincia/País.....:

## LIQUIDACIÓN DE GASTOS SANITARIOS

### Sello y Firma

Sello y Firma

**TOTAL.....**

60 e

Z44359

(Original para el paciente)