

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN D. HAMED

Date de naissance : 12-06-1963

Adresse : KERDOUNG@GMAIL.COM

Tél. : 06 611 93876 Total des frais engagés : 455.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/10/2013

Nom et prénom du malade : KERDOUNG SAAD Age : 22

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

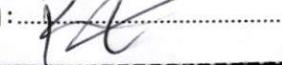
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : MARAIS Le : 04/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29.10.22	Joint faire n° 00632		100000	DR. DENEUARME Fathia Anesthésie - Réanimation Polyclinique Wifak INPE : 101167682
29.10.22	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3. The diagram shows the relationship between the dental arch and a 2D coordinate system.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Temara, le : 29/10/2022

Dr KERDOUNI SAAD

N° 10
1/ Andol 1g
Nex31

PH-HATIM ALMANZAH
SARL ASSOCIE UNIQUE
PHARMACIEN - TEMARA
Ain Ouda, El Manzah - 8434
Tel.: 06.61.31.84.34

Jr. BENDAHMANE Fahd
Anesthésie - Réanimation
Polyclinique Wifak
INPE : 101167682



Polyclinique
Urgences

Temara, le : 29/10/22

M. Kenda SAAD

115 Poincin



Jr. BENDAHMANE Fahd
Anesthésie - Réanimation
Polyclinique Wifak
INPE : 101167682



Temara, le : 29/10/22

M. Kendo : SAAD

- E C G

Dr. BENDAHMANE Fahc
Anesthésie - Réanimation
Polyclinique Wifak
INPE : 101167682



Dossier enregistré le : 29-10-2022
Prélèvement du 29-10-2022 à 22:49
Code patient : 2210290135
Edition du : 29-10-2022

Mr Saad KERDOUN
Né(e) le : 14-01-2000 (22 ans)
Prescripteur :
Dossier N° : 2210290135



MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine ultra-sensible (TnT)

(Technique de référence : Eclia sur Cobas Roche E411 - 4e Gén.)

0.004 ng/mL (<<0.030)

INTERPRETATION		
Taux	< 0.030 ng/mL	Zone d'exclusion Si la suspicion d'IDM persiste, répéter le test à des intervalles appropriés
Taux	0.030 - 0.090 ng/mL	Zone grise Dosage à répéter entre 3 à 6 heures du test initial
Taux	> 0.100 ng/mL	Zone d'inclusion (Critère OMS dans le SCA) Zone à haut risque nécessitant une prise en charge immédiate

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 221001572

TEMARA le 29-10-2022

Mr Saad KERDOUN

N° de dossier : 2210290135

Date de l'examen : 29-10-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0149	Troponine	B	250

Total des B¹ : 250

TOTAL DOSSIER : 355.00MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante-cinq dirhams

¹ le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

POLYCLINIQUE WIFAK

F A C T U R E

N° Admission : 22J1277-01E

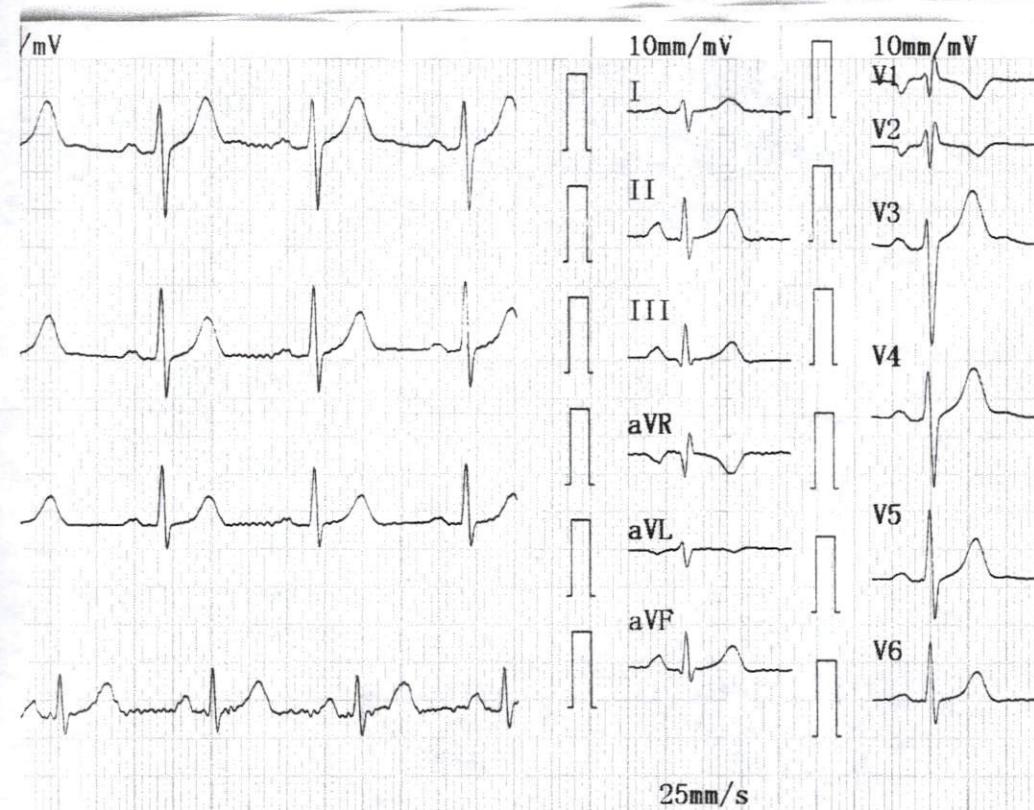
N° 9 632 / 2022 du 01/11/2022

Nom patient	KERDOUN SAAD	Entrée 29/10/2022	Sortie 29/10/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECG	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION (URG)	1,00	GRATUIT		0,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
<i>BIOLOGIE (laboratoire)</i>				
	1,00		355,00	355,00
			Sous-Total	355,00
Total prestations externes				355,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS	Total général 455,00
--	-----------------------------

Encaissements	Espèces 455,00			Total encaissé 455,00	Solde 0,00
---------------	--------------------------	--	--	---------------------------------	----------------------



polyclinique wifak service urgence
2022-10-29 22:15

ID :
 Nom: kerdoun saad Sexe: Homme Age: 22
 Taille: cm Poids: kg SYS/DIA: / mmHg
 HR [bpm]: 76
 PR Interval ms : 183
 P Duration ms : 118
 QRS Duration ms : 76
 T Duration ms : 189
 QT/QTc (Bazett) ms : 361/405
 QTc (Hodge) ms : 389
 QTc (Framingham) ms : 393
 QTc (Fridericia) ms : 390
 P/QRS/T Axis deg : 83.3/110.8/65.3
 R(V5)/S(V1) mV : 0.93/0.00
 R(V5)+S(V1) mV : 0.93

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin _____

