

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Ho
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-013987

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11023 Société : A 60390

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben chekroun Imane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0013987

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 :



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Consumo

HOSPITAL ALTA RESOLUCION BENALMADENA
Arroyo Hondo s/n
Teléfono: 951976000
29639-BENALMADENA

PAGADO

RECIBO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS

N.I.F.: Q7955060D

RECIBO Nº: 21191497

PACIENTE: ILYAS BARGACH

NUM. H.C. 900390

CONCEPTO	PRECIO	FECHA	TOTAL
Atención en Urgencias	144,24 €	27/04/2023	144,24 €



TOTAL RECIBO 144,24 €

FECHA: 27/04/2023

SERVICIO DE TESORERÍA Y FACTURACIÓN
HOSPITAL ALTA RESOLUCION BENALMADENA
Arroyo Hondo s/n
Teléfono: 951976000
29639-BENALMADENA

Farmacia Rafael Aguilar
Avda. de los Manantiales, 7
Torremolinos (Málaga)
Cod.Farmacia: 320
N.I.F. 25708799C

Nombre: ILYAS BARGACH
Dirección: 68 bd SIDIADBERRALMAN h.h.
Población: CASABLANCA
C.P.:
N.I.F: LU8549478
Referencia: N/A
E-Mail: N/A

Factura Número: A876344/2023 *** Es Copia ***

Fecha: 27/04/23

Fecha	Código	Descripción del Artículo	%Iva	%Ap.	P.V.P Bruto	P.V.P Neto	Unidades	Importe
27/04/23		Operación nº A876344/2023						
27/04/23	700673.2	SUERORAL HIPOSODICO 5 SOBRES POLVO	4%		3,20	3,20	1	3,20
27/04/23	697021.8	GELOCATIL 500 MG 12 SOBRES GRANULADO	4%		4,75	4,75	1	4,75



TIPO IMPOSITIVO	BASE IMPONIBLE	CUOTA	Importe	BASE IMPONIBLE:	
Super Reducido	7,64	0,31	7,95	TOTAL CUOTAS:	0,31 €
				TOTAL FACTURA:	7,95 €



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Consumo

INFORME DE URGENCIAS

Hospital de Alta Resolución de Benalmadena

Fecha - Hora Informe: 27/04/2023 - 10:42:05
NºEpisodio: 21191497
Nombre: ILYAS BARGACH
PASAPORTE: LU8549478
Domicilio: 68 BD SIDIADBERRALMAN H.H.
Población: CASABLANCA
Financiación: PARTICULAR

NºHC: 900390
NUHSA: AN1820115181
Sexo: V
Edad: 12 Fecha Nacimiento: 14/03/2011
Teléfono: 00212646182121 /
Provincia:
Nº.S.S.:

DATOS TRIAJE: Fecha: 27/04/2023 Hora: 10:19:45
Motivo Consulta: refiere la madre, fiebre, vómitos desde la noche pasada
Constantes Vitales: Tª: 37.70 Dolor: Grado 4 **Remitido Por:** MEDIOS PROPIOS
Responsable Triaje: 819

Alergias: no conoce

ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC

TRATAMIENTO DOMICILIARIO:

HISTORIA ACTUAL:

PACIENTE QUE ES TRAI DO POR SU MADRE POR VÓMITOS PERSISTENTES QUE INCIARON EN EL DIA DE AYER EN LA NOCHE SIN CONTENIDO PATOLÓGICO, ACOMPAÑADO DE DOLOR ABDOMINAL Y ESCALOFRIOS CON SENSACION FEBRIL, CEFALEA Y MALESTAR GENERAL.

EXPLORACIÓN:

1. General: Sequedad de piel y mucosas;
5. Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION DE FORMA GENERALIZADA CON FOCALIDAD EN FOSA ILIACA DERECHA
6. Extremidades: No edemas ni trastornos tróficos.
7. Exploración Neurológica: Glasgow mayor de 13; No alteración de pares craneales. Fuerza, tono y sensibilidad conservados; NO SIGNOS MENINGEOS

EVOLUCIÓN: INDICO AS Y SE PASA A OBSERVACION PARA TRATAMIENTO

BIOQUÍMICA

Glucosa: 101 mg/dL (70 - 110); Urea: 38 mg/dL (20 - 50); : (0.70 - 1.30); Osmolalidad calculada: 282 mOsm/Kg (275 - 300); Sodio: 135 mEq/L (132 - 146); Potasio: 3.80 mEq/L (3.50 - 5.50); : (98 - 109); alfa-Amilasa: 42 U/L (25 - 115); Creatinquinasa (CK): 361 U/L (94 - 499); Lactato deshidrogenasa LDH: 234 U/L (120 - 246); Aspartato transaminasa: 28 U/L (13 - 40); Alanina transaminasa: 24 U/L (7 - 40); : (0.20 - 1.00); Acido láctico (sangre total): 1.3 mmol/L (0.5 - 2.0);

: (< 5.0);

pH (v): 7.408 (7.320 - 7.430); Presión parcial de CO₂ (v): 45.2 mmHg (30.0 - 50.0); Presión parcial de O₂ (v): 28.5 mmHg (24.0 - 48.0); Saturación de O₂ (v): 48.6 % (40.0 - 70.0); Contenido total de CO₂ (v): 29.3 mmol/L : (22.0 - 26.0); Bicarbonato estándar (v): 26.0 mmol/L (22.5 - 26.9); Exceso de Bases (líquido extracelular/estándar; v): 3.1 mmol/L (-3.0 - 3.0); Exceso de Bases (en sangre/actual; v): 3.6 mmol/L

Fdo. Dr/Dra. : Fernandez Curbelo, Jorge Luis
CNP: 00026160492

Hematíes (recuento): $5.2 \times 10^{12}/L$ (4.3 - 5.6); Hemoglobina: 14.0 g/dl (13.0 - 17.5); Hematocrito: 42.8 % (38.0 - 52.0); Volumen corpuscular medio: 82.6 fL (80.0 - 100.0); Hemoglobina corpuscular media: 27.0 pg (26.7 - 31.9); Concentración de hemoglobina corpuscular media: 32.7 g/dL (32.3 - 35.9); Dispersión de hematíes (volumen): 13.0 % (11.0 - 14.5); Plaquetas (recuento): $253 \times 10^9/L$ (140 - 450); Volumen plaquetario medio: 9.5 fL (9.0 - 12.9); Leucocitos (recuento): $10.90 \times 10^9/L$ (4.00 - 11.50); : (55.0 - 75.0); : (17.0 - 45.0); Monocitos (porcentaje): 7.30 % (4.00 - 9.00); Eosinófilos (porcentaje): 0.1 % (< 6.0); Basófilos (porcentaje): 0.10 % (< 2.00); : (1.80 - 8.00); : (0.90 - 4.60); Monocitos (recuento): $0.80 \times 10^9/L$ (0.16 - 0.80); Eosinófilos (recuento): $0.01 \times 10^9/L$ (< 0.80); Basófilos (recuento): $0.01 \times 10^9/L$ (< 0.40); IG (granulocitos inmaduros, recuento): $0.02 \times 10^9/L$ (< 0.10); IG (granulocitos inmaduros, porcentaje): 0.2 % (< 0.6);

ANALITICA SIN ALTERACIONES DE INTERES. EVOLUCION FAVORABLE DIURANTE SU ESTANCIA EN OBSERVACION.

JUICIO CLÍNICO PRINCIPAL: GASTROENTERITIS/COLITIS NO INFECCIOSA -(558)

TRATAMIENTO:

DIETA LIQUIDA X 24 HROAS, LUEGO BLANDA,
METOCLOPRAMIDA 10MG 1 COMP CDA 8 HORAS SI NAUSEAS.

SALES DE REHIDRATACION ORAL 1/2 LITRO EN 24 HORAS.

REPOSO Y OBSERVACION DOMICILIARIA.

PARACETAMOL 500MG 1 SOBRE CADA 8 HORAS SI DOLOR .

Control de su enfermedad por su Médico de Cabecera

En caso de evolución no favorable, acudirá de nuevo a Urgencias

AVISO IMPORTANTE: Con el fin de que el usuario reciba una correcta atención médica, se le informa que la impresión clínica de urgencias se basa en un estudio de urgencia, que no presupone un diagnóstico definitivo.

ALTA CLINICA: 27/04/2023 a las 10:33:22 horas

ESTADO AL ALTA DEL PACIENTE: Mínimo dolor

AREA DE CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS. UNIDAD DE URGENCIAS.

Fdo. Dr/Dra. : Fernandez Curbelo, Jorge Luis
CNP: 00026160492

GERARDO SANZ BARRANCO
Nº LICENCIA: 02
N.I.F.: 257.1324X
MATRICULA: 2151KSM
Nº FACTURA SIM.: 32
FECHA: 27/04/23
HORA INICIO: 09:45

CARRERA: 9,10 €
SUPLEMENTO: 1,20 €

IMPORTE TOT.: 10,30 €
IMPORTE NETO: 9,36 €
IMP. IVA 10% 0,94 €
***** COBRADO *****

TMP. OCUPADO: 00:12
km. SERVICIO: 4,9 km
TARIFAS TR: 1
HORA FINAL: 10:02

-ORIGEN:

-DESTINO:

--- CLIENTE ---

NIF:
NOMBRE:
DIRECCIÓN:

MUCHAS GRACIAS

0 Fca. Rafael Aguilar Redondo
1 Avda. de los manantiales, 7
Torremolinos - M laga
Tlf.951909040

Fecha: 27/04/23 Hora....: 15:51
F.Simp:A876344/2023 Vendedor:8 / NURIA

C.N.	Descripción	Ca	P.V.P	%A	Importe
700673	SUERORAL HIP	1	3,20		3,20
697021	GELOCATIL 50	1	4,75		4,75

Total..... 7,95
Entrega Eur: 7,95
Devolución Eur: 0,00

Tipo Impositivo	Base	Cuota	Importe
Super Reducido	7,64	0,31	7,95

Gracias por su visita
Abierto de 8:00 a 21:00 horas
CIF: 25708799C
Según Ley del medicamento, no podemos aceptar de
volución de los mismos



BBVA

AGENCIA PUBLICA SANITARIA COSTA DEL SOL
MARBELLA

Tran:00203 APLIC.:A0000000041010
*****8825

VENTA MASTERCARD

Aut 460057	Op 001287	CONTACTLESS
Fecha:27.04.23		Hora:13:00

144,24 EUR