

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

1033

26707

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M.DUSTAÏ

Ali

Date de naissance :

01 01 1938

Adresse :

AB. Moulay Boudraa Rue. 8N16 C.S.

CASA

Tél. :

06 77 60 43 08

Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENNIS Rachid
Anesthésiste - Réanimateur
43, Bd Rachidi - Casablanca

Date de consultation :

06/03/2020

Nom et prénom du malade :

NAZIHA LAKBIRIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

consultation prend soins

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 : 30/03/2020

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
06/03/20	C2+ECC		250,-	Dr. BENNIS Rachid Anesthésiste - Réanimateur 43 Av. Md. Rachidi - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

Professeur

Ancien Chef de Service
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face
Ex. Enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca
Ancien Directeur du Diplôme
Universitaire du ronflement
Diplômé de l'Université de Bordeaux

أستاذ

رئيس مصلحة سابقا
أمراض الأنف والأذن والحنجرة
جراحة الفك والجراحة التقويمية للوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
مدير سابق لدبلوم الشغف
دبلوم من جامعة بوردو

Casablanca, le

٢٥/٣/٢٠٢٠

الدار البيضاء في :

CONSULTATION PRE ANESTHESIE

Mr le Dr. BENNIS

Cher ami,

Merci de bien vouloir examiner,

Mr-Mme -Enfant

Pour une consultation pré anesthésique.

Je dois l'opérer de

Antécédents

Avec mes amitiés

Adenome
Tatechymidien
Obe
Car 120-10

Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI
Professeur
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Résidence Mawlid IV
Tél : 05.22.23.30.21 / 05.22.23.63.83

Consultation Pré-Anesthésie

Anesth. CS	BENNIS	Date CS	06 03 2020	Chambre	Entrée
Intervention	PARATHYROIDE				Date et heure
Anesth. Interv				Praticien	KADIRI Fatmi
Hospitalisation >24h					
Poids	55.00	B.M.I.	77.95	Tension	120/70
Taille	84	Pouls	52	Saturation	
Transfusion				AG IOT	

INTUBATION:

Risque ? Non **Mallampati 1**

Dents : App Haut + Bas [Z972]

Bouche : RAS O1 (>5 cm)

Cou : MOYENNE E2 (angle 150°)

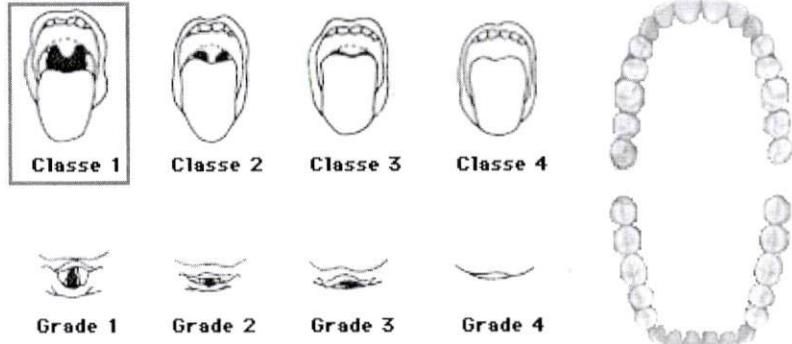
Rachis : RAS

Distance Thyro-Mentonnière: 0 mm

Tolérance AINS:

Prothèse:

ASA : III



ANTÉCÉDENTS À LA CONSULTATION :

CHIRURGICAUX: Ligature de trompe

ALLERGIQUES: -Aucun ATCD « Allergiques » signalé (6 MAR 2020)

AUTRES: ASA Niveau 3 f Activité physique non limitée bonne tolérance à l'effort

EXAMEN CLINIQUE :

CARDIO-VASCULAIRE : BDC réguliers sans souffle audible

PULMONAIRE : Auscultation normale

NEUROLOGIQUE : RAS

AUTRES : Voie veineuse OK

TRAITEMENTS :

PAS DE TRAITEMENT

BILANS DEMANDÉS AVANT L'INTERVENTION :

Biologique : BILAN A VOIR.

DOCUMENTS FOURNIS : ECG: SINUSAL, ESV

EXAMENS À PRÉVOIR À L'ENTRÉE : Vérifier TA

ANTIBIOPROPHYLAXIE : Aucun

PRÉMÉDICATIONS : Aucun

RISQUES AGENTS PATHOGÈNES : Risque Agent Pathogène non indiqué

RISQUES : Aucun

VISITE PRÉOP : Réalisée le _____ par Dr _____ - Modif. examen clinique : _____ - Modif. thérapeutique : _____

CONCLUSIONS : HYPERCALCEMIE 120 mg. Retentissement cardiaque; prévoir hospitalisation de 3 jours pré op pour corticothérapie et rehydratation

NB calcémie de 17/03/20 98 mg/dL.

Féminin
157cm 55kg

Fréq. ventr. ~4 bpm
Intervalle PI: 1.2 ms
Durée QRS 76 ms
QT/QTc 334/344 ms
Axes P-R-T 70 + -49

Bradycardie inusitée avec de fréquentes extrasystoles ventriculaires
Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) avec des troubles de la repolarisation
ECG anormal

Technicien:
indications:

Référe par:

Non validé

