

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 Angie 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-536303

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1057 Société : Rasm

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Lamine Mohamed

Date de naissance : 1/11/1948

Adresse : 50 Rue Lemaître de la Haye Casablanca

Tél. : 06 18 13 84 9 Total des frais engagés : 300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOHAMMED MEZIANE
ANESTHESIE REANIMATION
CODE INF : 101242048

Date de consultation : / /

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

Fait à : Le : 21/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-536303

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 :

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
09/05/2019	281900600000		€ 300	INP [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]


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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOSSIER D'ANESTHESIE

22/05/2022

IDENTITE :

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

Nom : LAARKE Prénom : Mohammed Age : 72 ans
IPP : 160323090416FA Service : CPA

INTERVENTION

IRM clinique

Consentement

ANTÉCÉDENT :

Médicaux :

- ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Cardiopathie
☐ Atopie ☐ Dyspnée
☐ Asthme ☐ Angor
☒ Ischémique : stent. IYA Zany
o HTA :
o Valvulaire :
o Autres :
☐ AVC ☐ BPCO :
☐ Epilepsie ☐ Tuberculose
☒ Diabète am ☐ Autres :
☐ Transfusion ☐ Epigastralgies

Chirurgicaux :

Type d'intervention	Année	Anesthésie	Incidents

Toxique :

- ☐ Tabac ☐ Depuis ☐ Sevré : ☐ Oui ☐ Non
☐ Alcool ☐ Autres :

Neuralgie cervico brachiale
GH

Obstétricaux :

G : P : Ev : DDR :
Grosse en cours : ☐ Non ☐ Oui
Contraception : ☐ Non ☐ Oui, laquelle :
Ménopause : ☐ Non ☐ Oui

Examen :

Etat général :

Poids : 55kg Taille : 1,68
BMI :

Etat général :

- ☒ Bon ☐ Moyen ☐ Altéré
Dénutrition ☐ Oui ☒ Non
Capital Veineux ☒ Bon ☐ Mauvais

Traitement en cours :

Médicament(Présentation)	Famille	Posologie
+ Clopidogrel		
+ Aescia		
+ Aspirine		
+ Lido		

Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire

FC : 70 Dyspnée (NYHA) :
TA : 140/110 Tolérance à l'effort : 4 MET
FR : ECG :
Auscultation :
Auscultation des carotides :
cyanose- SpO2 : 95 ECG :
Rx poumon :
Echo Coeur : FE

Intubation

Mallampati : ☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV
OB : ☐ <3.5 cm ☒ >3.5 cm
DMT : ☐ <6.5 cm ☒ >6.5 cm
Nuque :
Dentition : RAS
Mandibule :
Prothèse dentaire : ☐ Oui ☐ Non
Conclusion :

Examen neurologique

GCS :
Déficit moteur :
Déficit sensitif :
Pupilles :
Douleur et EVA :
Sites ALR :
Abdomen :
Autres :

Conclusion :

Bilan Biologique

NA		Gly		GB		TP		ECBU	
K		GPP		Plaq		INR			
CA				Hb		TCA			
Urée				Hte					
Créat									

Conclusion :

- ☐ A revoir avec
- ☐ Bilan
- ☐ Avis Cardio
- ☐ Autres :

Cachet Médecin

☒ OK pour anesthésie et intervention le .../.../.....

02.05.2020

Dr. MOHAMMED MEZIAN
ANESTHESIE REANIMATION
CODE INPE: 101242048

Préparation :

A
je

Prémédication :

Monitoring prévu

Transfusion :

- ☐ Transfuser pré-op :
- ☐ Prévoir DDS Pour chirurgie
- o CGR :
 - o PFC :
 - o Culot PQ :

Anesthésie

- ☐ AG
- ☐ Intubation
- ☐ Masque laryngé
- ☐ APD
- ☐ ALR
- ☐ Sédation

Antibioprophylaxie

.....

.....

ASA

Intubation difficile

Ventilation

Estomac plein

Risque Thromboembolique

NVPO

Classe d'Altemeier

Médicament	Continuer	Arrêter	heures avant intervention
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
Ux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:

VISITE PRE ANESTHESIQUE

* Le .../.../.....

Cachet Médecin :

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 43.822 / 2020 du 02/05/2020

Nom patient : **LAAKEL MOHAMMED**

Entrée 02/05/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 02/05/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 N° INP 090061862
 Email: compta@chkhk.ma
 Fax: 05 29 03 53 45
 Tel: 05 29 03 53 45

Le 29 avril 2020

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE

N/REF : : 20201200003963

Adhérent : LAAKEL MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMMED LAAKEL.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2240.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1060.00 MAD

Validité de prise en charge : du 29-04-2020 au 29-07-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MOHAMMED LAAKEL.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2005041032330710 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000206153	LAAKEL MOHAMMED	04/05/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	014164	1 060,00
MUPRAS	Total payé	1 060,00
MILLE SOIXANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : KHA.CHAO



Casablanca , le 04/05/2020

PATIENT : LAAKEL MOHAMMED

IRM MÉDULLAIRE

TECHNIQUE :

- Coupes sagittales T1 et T2 à l'étage cervical, dorsal et lombaire.
- Coupes axiales T2 au niveau cervical et lombaire

RESULTATS :

• **A l'étage cervical :**

- rectitude du rachis cervical
- CCO d'aspect normal.
- chute de l'hypersignal T2 physiologique des disques
- à l'étage C5-C6:
 - érosion et irrégularité des plateaux sous chondraux en hypersignal T1 hyposignal T2 STIR
 - hernie disco-ostéophytique paramédiane, foraminale droite d'allure conflictuelle avec la racine C5 gauche.
- à l'étage C6-C7: hernie disco-ostéophytique foraminale gauche refoulant le cordon médullaire et amputant l'espace sous arachnoïdien pré médullaire, sans anomalie de signal médullaire.
- Absence d'anomalie des parties molles péri rachidiennes.

CONCLUSION :

- **IRM du rachis cervical en faveur d'une cervi-discarthrose dégénérative**
- **Double hernie disco-ostéophytique aux étages C5-C6 et C6-C7 conflictuelle avec les racines C5 et C6 gauches.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BENSLIMA**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr ASS. BENSLIMA NAJWA
Radiologie
091235135



CLINIQUE LINA
SIDI MAAROUF



مصحة لينا
سيدي معروف

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste
Docteur
87, Bd. Moulay El Bacha
Tél : 0522.83.36.22 - CASA

Casablanca, Le

27/04/2020

MAAKEL Mohamed
IRM Cervicale

Néuralgie cervicobrachiale
gauche, rebelle au TM
medical

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste
87, Bd. Moulay El Bacha
Tél : 0522.83.36.22 - CASA

URGENCES 24H/24H

S.A.R.L au Capital de 1.500.000,00 Dhs
Patente : 37982364 - I.F. : 40166328 - C.N.S.S. : 7771513 - R.C : 438797 - I.C.E : 001644659000031
147, Lotissement Lina. Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc - Tél / Fax: 05 22 97 74 00
E-mail : cliniquelina147@gmail.com