

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046838

ND 30354

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03265 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ACHOUR Farid

Date de naissance : 14/11/1950

Adresse : Résidence DOHA - N°44 - Route Azemmour - Anfa - Casablanca

Tél. : 0664722178 Total des frais engagés : 12500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin - Dr. C. ABDELKURANE

Cachet du médecin :

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 : Casablanca Le : 13 / 6 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
	Dent vu faite			
	ce dent			

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

CAISSE D'ACHIFFAGE
 Angles de l'Alphon Et Avoisier
 Tél: 0522 85 72 15 / 0522 86 22 86
 0522 86 22 15 Casablanca

RELEVÉ 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule :	e-mail :	Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :		
Nom et Prénom du bénéficiaire :		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné : <i>Ch. Abdelkhirane</i>		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <i>ACHOUC FARIQ</i>		
Nécessite <i>coronarographie et pontage</i>		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)		
.....		
.....		
Une hospitalisation de (approximatif) <i>1</i>		
A (préciser l'établissement hospitalier)		
STRICTEMENT CONFIDENTIEL		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : <i>taboul Rhumatisant, coronar. ponté et stenté.</i>		
.....		
.....		
.....		
Cachet, date et signature du praticien	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Dr. C. ABDELKHIRANE Cardiologue Clinique des spécialités Achifaa Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59</p> </div>	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS		
Décision :		
.....		
.....		

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

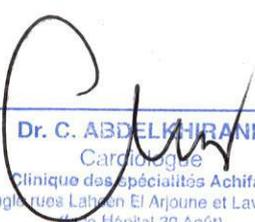
CERTIFIE QUE MLLE, MME, MR : Achour Fasid

PRESENTE : Coronopathie sévère (bonte et Skerte)

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :
2 he

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)


Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUELABLE 1 FOIS





مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

Compte rendu de coronarographie & pontographie

Patient : **Achour Farid n° : 20-020602**

Né(e) en 1950

Date : 28 mai 2020 (à 08h50)

Médecin : Dr Abdelkhirane

Indication : EE+

Statut : coronarien stenté sur la droite pour STEMI, ponté AMIG sur IVA puis stenté sur l'IVA, terrain rhumatologique

Technique

Seldinger **radiale distale** gauche, R-Access . I 5F pour **JL45fr**, JR4 en 5F, *Impulse™ de Boston* , par Omnipaque 350

Volume du produit de contraste : 90 ml

Pressions

Aorte : PA 104/74 (91) mmHg, FC :63 bpm, SaO2 : **96** % sans O2

Résultats

Artères natives

Le **tronc commun** est sans sténose avec un stent perméable

L'**interventriculaire antérieure** est angiographiquement stentée en proximal avec resténose focale ostiale stent en 6 AHA avec des diagonales fines dénuées de lésion. Le lit d'aval est non visible (wash-out par pont).

La **circonflexe** est dominée, belle et angiographiquement infiltrée au niveau proximal avec une plaque. Le lit d'aval correct avec deux belles PL.

La **droite** est dominante, athéromateuse sans resténose a niveau du long stent en 2 AHA et le lit d'aval semble angiographiquement indemne.

Ponts

Le greffon AMIG est fonctionnel

Il n'ya pas d'autres greffons visualisable

Le **VG** n'est pas injecté, PTDBG à 12 mmHg

Syntax Score :11

Conclusion

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier

(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 853 220 - GSM : 0661 14 69 59

- TCG stenté perméabl avec resténose au niveau ostial de l'IVA
- Circonflexe infiltrée
- Stent de la droit perméable
- *Seul le greffon mammaire interne gauche est visualisé et est fonctionnel*

C. Abdelkhirane, MD, PhD

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصحة الأخصائيات الشفاء
CLINIQUE DES SPECIALITÉS ACHIFAA
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 20 020 602 / 2020 du 28/05/2020

Nom patient	ACHOUR FARID	Entrée	Sortie
		28/05/2020	28/05/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CORONAROGRAPHIE	1.00		7 500.00	7 500.00
PONTOGRAPHIE	1.00		5 000.00	5 000.00
			Sous-Total	12 500.00
Total Frais Clinique				12 500.00

	Total général	12 500.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DOUZE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	12 500.00	12 500.00	0.00

Ref Chq : AWB 611807/

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton Et Avoisier
Tél: 0522 85 92 20 / 0522 86 22 86
0522 86 22 23 Casablanca

