

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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- 046839

ND 30345

☒ 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 : Residence DOHA - N°44 - Route

Azzemmar Anfa Casablanca

Tél. : 06 64 722 178 Total des frais engagés : 36 500,00 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 : Coronavir - Sante et Sécurité

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 : 19/6/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
04/06/20	Débit	un	facture	

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

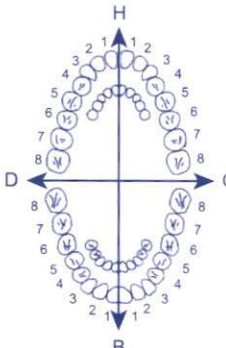
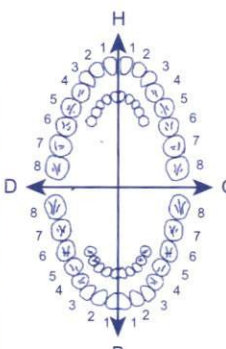
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'...

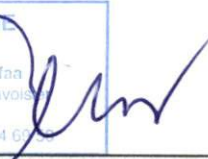
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div>H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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX...

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule :	e-mail :	Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent : <u>ACHOUR Farid</u>		
Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>Leïla</u>		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné :		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>(M.) ACHOUR Farid</u>		
Nécessite		
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : <u>anoproctite avec fist</u>		
Une hospitalisation de (approximatif)		
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) : <u>Resection intestinale sur l'Intestin Grêle.</u>		
Cachet, date et signature du praticien	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. C. ABDELKRIRANE Cardiologue Clinique des spécialités Achifaa Angle rues Lahdaa El Aouni et Lavoisier (face Hôpital 10 Août) Tél : 0 522 859 220 - Cell : 0661 14 69 </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.



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun 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° : 202002850 / 2020 du 07/06/2020

Nom patient

ACHOUR FARID

Entrée 04/06/2020

PAYANTS

Sortie 04/06/2020

Désignation des prestations

Nombre

Lettre Clé

Prix Unitaire

Montant

FORFAIT ATL AVEC BALLON

1.00

36 500.00

36 500.00

Sous-Total

36 500.00

Total Clinique

36 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TRENTE-SIX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total

36 500.00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
Tél: 0522 85 92 20 / 0522 86 22 86
0522 86 22 23 Casablanca

Angle Rues Lahcen El Arjoun 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

IF : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

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

Compte rendu d'angioplastie coronaire

Patient : Achour Farid n° : 20-021056

Né(e) en 1950

Date : 4 juin 2020 (à 09h45)

Médecin : Dr Abdelkhirane

Indication : Angor et EE+ avec Resténose IS TCG distale et surtout l'ostium de l'IVA

Statut : Arthropathie invalidante, ancien STEMI sur la droite dilaté en urgence, pontage aorto-coronarien (deux greffons occlus), stenté sur le tronc G et l'IVA, Sténose de la CIG de 55 à 65%.

Syntax Score : 11

Precise-Dapt Score : 12 (srd DAPT)

DAPT Score : +2 (std DAPT)

FMC : na

Angiographie pré-angioplastie : Resténose intrastent surtout au niveau de l'IVA proximale / bifurcation. Seul le pontage AMIG est fonctionnel.

Décision : Stenting in-stent

Pression : PAo 119/73 mmHg FC à 51 (RS) bpm SaO2 : 95% sans oxygène

Technique

Seldinger artère radiale droite **6Fr Comed (R-Access-I)**, Omnipaque 350, sous 75 mg de Plavix, aspirine 500 mg IV et héparine 0.8ml en IA dose de charge **600 mg** de Plavix,

Agrastat : na

Volume de produit de contraste : 90 ml

1° Dilatation du segment 6 de l'AVA (IVA proximale)

Cathéter porteur **JL4 Runway 6Fr de Boston** amené sur guide 0.035'' qui s'aligne difficilement sur l'ostium du tronc stenté mais sans support

Cathéter porteur **LeftBU4 Convey 6Fr de Boston** amené sur guide 0.035''

Un guide 0.014'' **PT2 de Boston Sc** est placé dans la distalité de l'IVA

Un autre guide 0.014'' **PT2 de Boston Sc** est placé dans la distalité de la CX

La navigation avec un ballon est peu aisée et il est décidé de ne pas stenter.

Ballon **3.0/12mm Emerge de Boston** est difficilement positionné sur la bifurcation IVA/CX et inflaté à 8 bars

Puis une 2nd inflation est réalisée avec le ballon à cheval sur le stent du tronc G et l'aorte à 8 bars.

Flux TIMI 3 (inchangé)

Résultat angiographique : satisfaisant

Fermeture du point de ponction : compression tourniquet

Conclusion

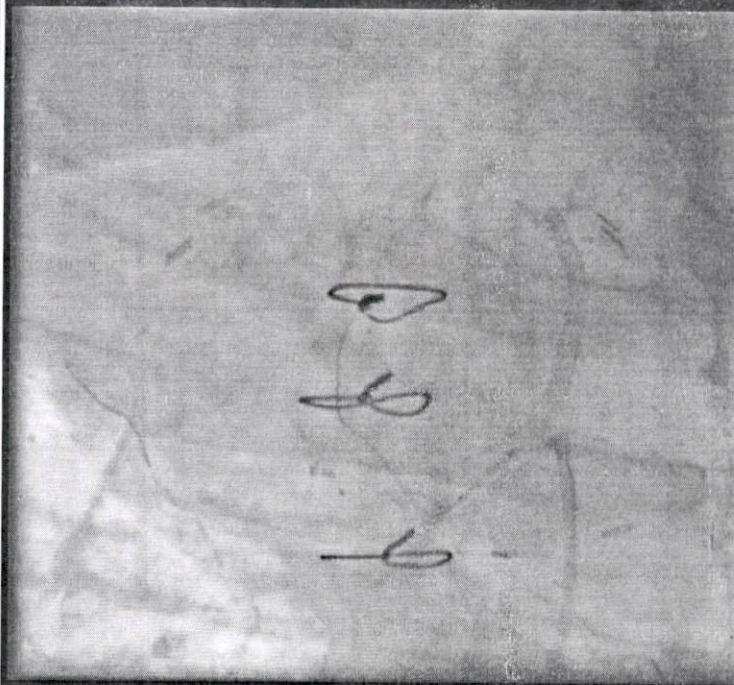
- Angioplastie au ballon de l'IVA proximale juxta-ostiale et le TCG ostial sans stenting

Dr C. Abdelkhirane



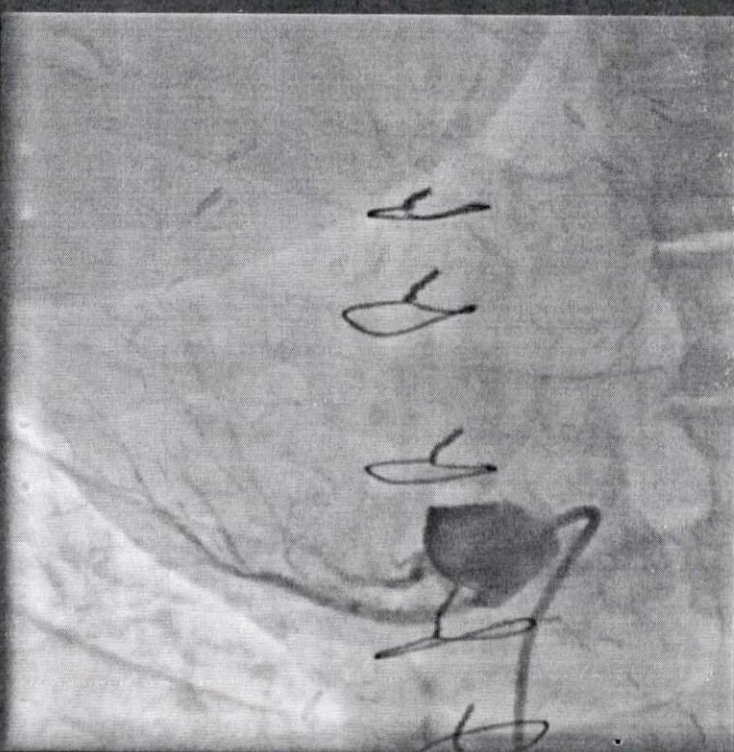
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001

Obliqueur rectangulaire
RAD : 27.3° I CAU : 19.4°
L : 0
ATL / ATL



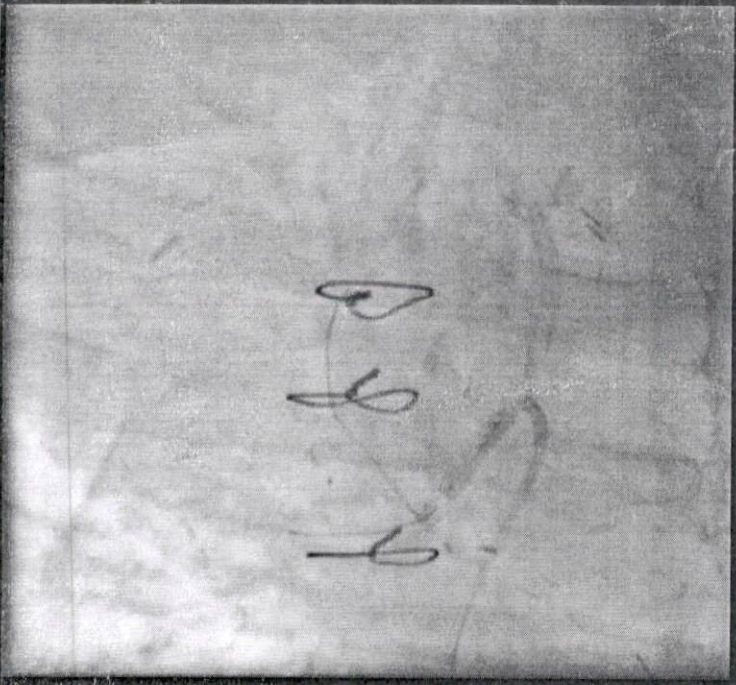
DL
Im 4+CS 1
Exam
Frame : 7
VisionPACS

Obliqueur rectangulaire
RAD : 22.4° I CAU : 2.2°
L : 0
ATL / ATL



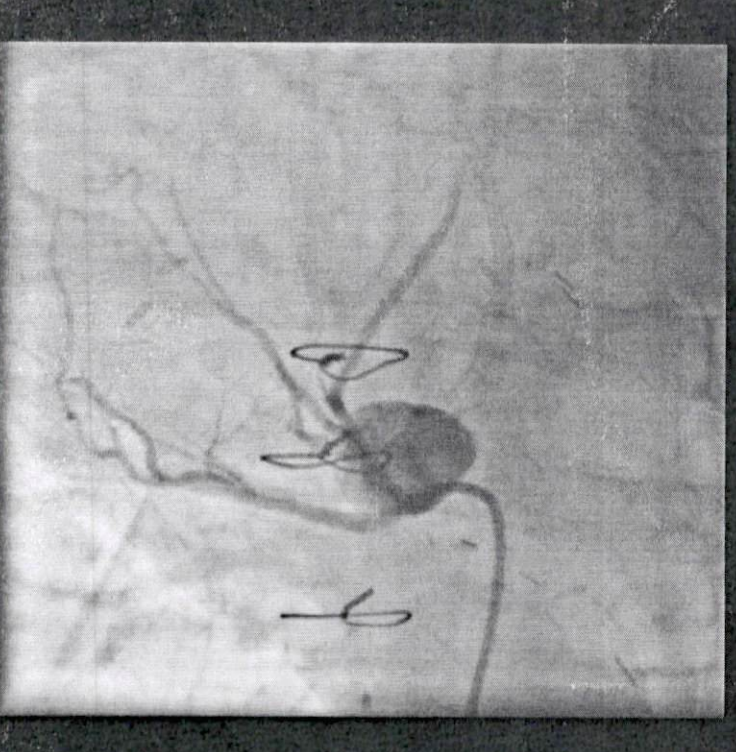
DL
Im 1+CS 1
Exam
Frame : 31
VisionPACS

Obliqueur rectangulaire
RAD : 27.3° I CAU : 19.4°
L : 0
ATL / ATL



DL
Im 5+CS 1
Exam
Frame : 10
VisionPACS

Obliqueur rectangulaire
RAD : 27.3° I CAU : 19.4°
L : 0
ATL / ATL



DL
Im 2+CS 1
Exam
Frame : 35
VisionPACS