

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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 traiterent.

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.

AS : 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

Nº P19-

046839

ND 30345

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### 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 D.O.H.A - N° 44 - Route

Azzemmour 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 :

2020  
MUPRAS  
ACUE

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Coronaropathie et hypertension

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 : 19/16/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelkader

## **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
04/06/20	Débit Vérification Cigat			MIQUE ASHINA Dalton 1140 192 2052286228 23 Casablanca 09/06/2023

détaillé raires	Cachet et signature du Méde- attestant le Paiement des Ac-
<i>lise</i>	<i>CLINIQUE ASHIFIYA</i> <i>12/01/2019</i> <i>Balton 5123 Casab.5104</i> <i>18/02/2019</i> <i>22/02/2019</i> <i>23/02/2019</i> <i>28/02/2019</i> <i>22/03/2019</i> <i>01/03/2019</i>

## **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	

## **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 l'ORL.

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	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			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....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		
Matricule :	e-mail :	Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :	AICHOUR Farid	
Nom et Prénom du bénéficiaire :	Lia Naze	
<b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>		
Je soussigné :	C. Achour Farid	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.	A. Aichour Farid	
Nécessite	Tél : 0 522 859 220 - Cell : 0661 14 661	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	Anaplastie avec port	
Une hospitalisation de (approximatif)		
A (préciser l'établissement hospitalier)		
<b>STRICTEMENT CONFIDENTIEL</b>		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):		
Reckure urinaire sur l'axe fessier.		
Cachet, date et signature du praticien	<b>Dr. C. ABDELKHARE</b> Cardiologue Clinique des spécialistes Achifa Angle rues L'allée El Aouine et Lavoisier (face Hôpital 10 Août) Tél : 0 522 859 220 - Cell : 0661 14 661	
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS</b>		
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 Arjoune 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
			<i>Sous-Total</i>	36 500.00
			<b>Total Clinique</b>	<b>36 500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TRENTE-SIX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 36 500.00**

CLINIQUE ACHIFAA  
Angle D'arjoun Et Avvoisier  
Tél: 0522 85 92 20/0522 86 22 86  
0522 86 22 23 Casablanca

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

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

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 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 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      SaO<sub>2</sub> : 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<sup>er</sup> Dilatation du segment 6 de l'AHA (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 2<sup>nd</sup> 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

Fermerture 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*

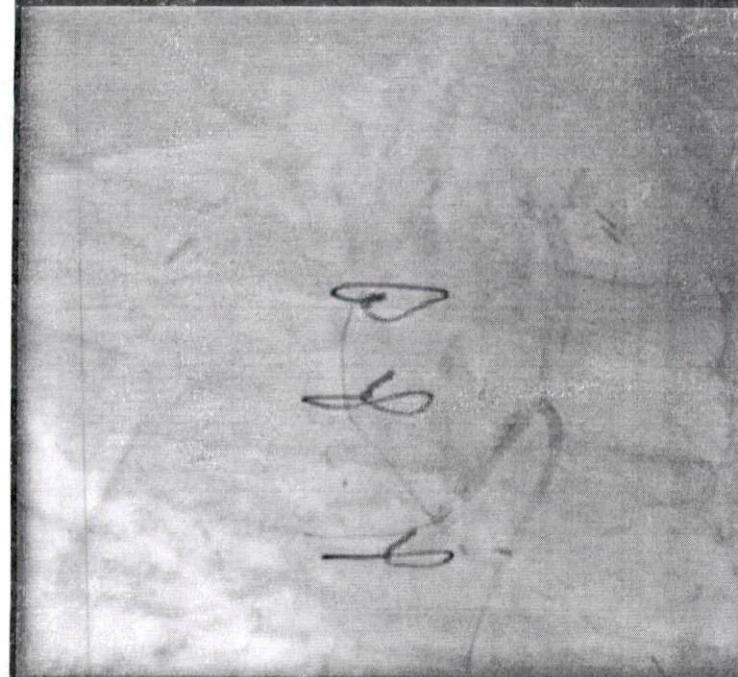


Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

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

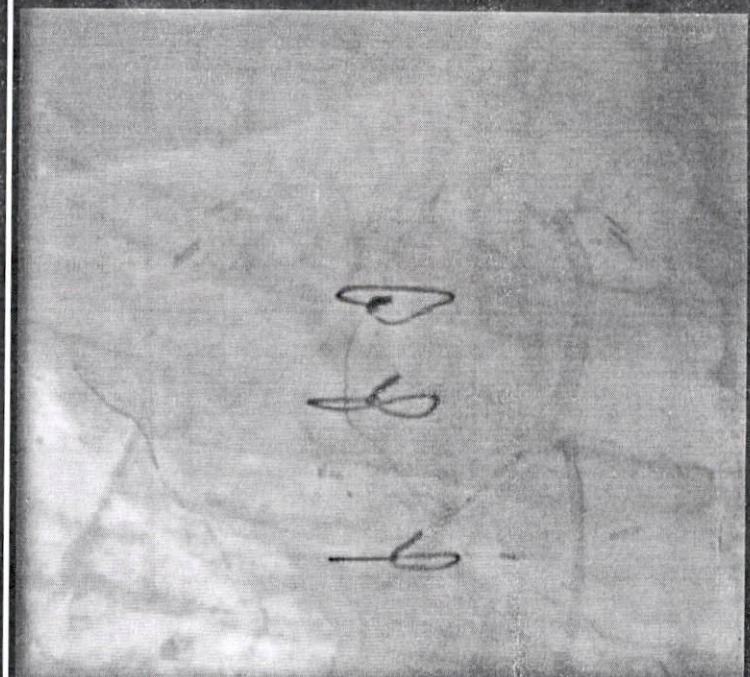
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

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



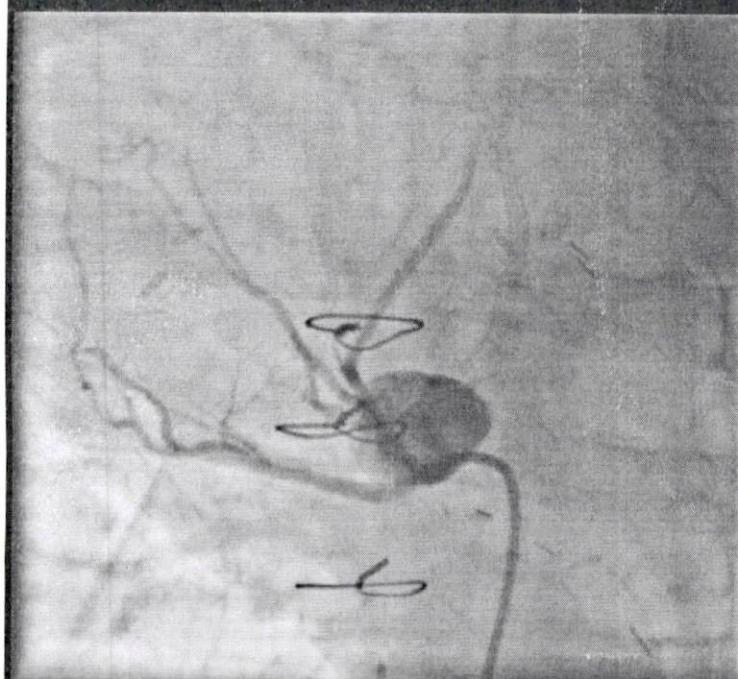
climique chiira  
ACHOUR FARID  
H 20021056  
04/06/2020  
12h24m36

WC 128  
WW 256

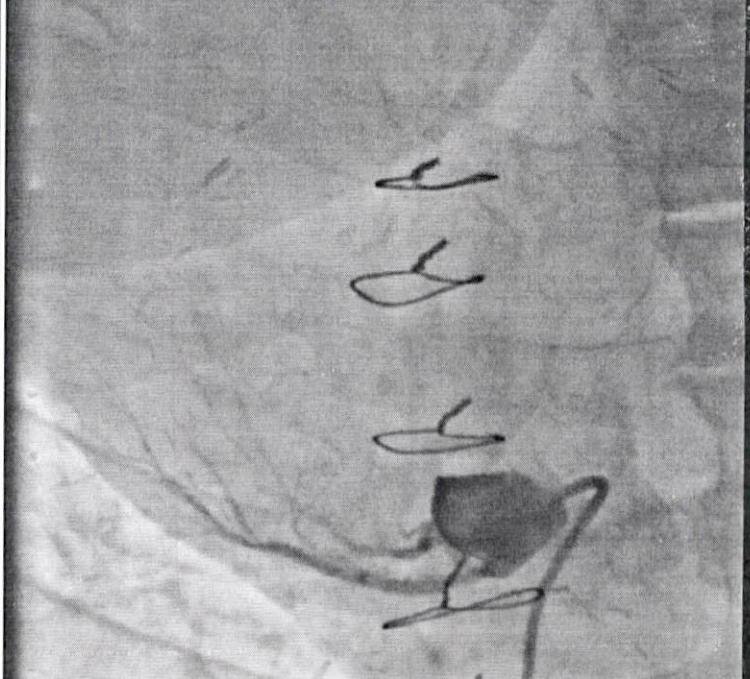


Frame : 7  
Frame : 7  
xam  
m4C51  
12h23m29  
04/06/2020  
H 200201056  
AC HOU FARID  
Signature title  
Signature title

WATL / ATL  
WC 128  
WW 265  
WW 266



AC HOUR FARI  
H 20021056  
04/06/2020  
12h16m16



Frame: 31  
Exam  
m1+C\\$1  
DL  
12H01M21  
04/06/2020  
H 20021066  
AHC HOUR FARID