

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10378 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BELGHAZI IMANE

Date de naissance :

29/09/1978

Adresse :

Tél. : 0663471542

Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : BELGHAZI IMANE Age: 42 ans

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 : 12/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07.12.<br>2020  | S                 |                       | 300.000H                        | <br><br>ANESTHESIE REANIMATION<br>101244784 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **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<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

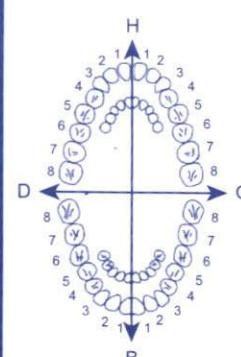
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **120.812 / 2020** du **07/12/2020**

Nom patient : **BELGHAZI IMANE**

Entrée **07/12/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **07/12/2020**

|                                 | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire        | Montant          |
|---------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i>     |        |            |                      |                  |
| - Consultation pré-anesthésique | 1,00   |            | 300,00<br>Sous-Total | 300,00<br>300,00 |
| <b>Total Frais Clinique</b>     |        |            |                      | <b>300,00</b>    |

|  |              |               |
|--|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br><b>TROIS CENTS DIRHAMS</b> | <b>Total</b> | <b>300,00</b> |
|  |              |               |

| Encaissements |  |  |  |  | <b>Total encaissé</b> | <b>Solde</b>  |
|---------------|--|--|--|--|-----------------------|---------------|
|               |  |  |  |  |                       | <b>300,00</b> |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862 N°ICE 001740003000026  
Email: [cheikh\\_khalifa\\_ibn\\_zaid@ma](mailto:cheikh_khalifa_ibn_zaid@ma) N°INP 090061862

DOSSIER D'ANESTHESIE

07/12/2020

**IDENTITE :**

**CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE**

Nom : BELGAZI Prénom : IMANE Age : 42 ans  
IPP : 1803094819 Service : C.P.A

**INTERVENTION**

Coelcoscopie Ky de varices

Consentement

**ANTÉCÉDENT :**

Médicaux :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse | <input type="checkbox"/> Cardiopathie   |
| <input type="checkbox"/> Atopie                  | <input type="checkbox"/> Dyspnée        |
| <input type="checkbox"/> Asthme                  | <input type="checkbox"/> Angor          |
| o Ischémique : /                                 |   |
| o HTA : /  |   |
| o Valvulaire : /                                 |   |
| o Autres : /                                     |   |
| <input type="checkbox"/> AVC                     | <input type="checkbox"/> BPCO           |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie               | <input type="checkbox"/> Tuberculose    |
| <input type="checkbox"/> Diabète                 | <input type="checkbox"/> Autres : /     |
| <input type="checkbox"/> Transfusion             | <input type="checkbox"/> Epigastralgies |

Chirurgicaux:

| Type d'intervention | Année | Anesthésie | Incidents |
|---------------------|-------|------------|-----------|
| -lv-                | 2005  | Acu        |           |
| Cœle.               | 1999  | Acu        |           |
|                     |       |            |           |
|                     |       |            |           |

Toxique :

- Tabac       Depuis       Sevré :  Oui       Non  
 Alcool       Autres : /

Obstétricaux:

G : ..... P : ..... Ev : ..... DDR : 3 mois

Grosse en cours :  Non  Oui

Contraception :  Non  Oui, laquelle : /

Ménopause :  Non  Oui

**Examen :**

Etat général :

Poids : 71 Taille : 1.62

BMI : .....

Etat général : .....

Bon  Moyen  Altéré

Dénutrition

Oui  Non

Capital Veineux

Bon  Mauvais

Traitements en cours :

| Médicament(Présentation) | Famille | Posologie |
|--------------------------|---------|-----------|
|                          |         |           |
| R                        | n       | es        |
|                          |         |           |
|                          |         |           |

**Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire**

FC : 65 Dyspnée (NYHA) : 2

TA : 118/81 Tolérance à l'effort : Sp. MET

FR : ..... ECG : /

Auscultation : /

Auscultation des carotides : /

cyanose- SpO2 : 100% 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 : S

Dentition : /

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 | 1098 | GB   | 113 | TP  | 10.5% | ECBU |  |
| K     |     | GPP |      | Plaq | 188 | INR |       |      |  |
| CA    |     |     |      | Hb   | 12  | TCA | 580   |      |  |
| Urée  |     |     |      | Hte  |     |     |       |      |  |
| Créat | 5.8 |     |      |      |     |     |       |      |  |

## Conclusion :

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

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



| Préparation : | Prémédication :     | Monitorage prévu | ASA |
|---------------|---------------------|------------------|-----|
|               | jeune pré-op de 6 h |                  | 3   |

| Médicament | Continuer                | Arrêter                    | heures avant intervention |
|------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> : |                           |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> : |                           |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> : |                           |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> : |                           |

## VISITE PRE ANESTHESIQUE

Le ...../...../.....

Cachet Médecin :

|                         |
|-------------------------|
| Intubation difficile    |
| Ventilation             |
| Estomac plein           |
| Risque Thromboembolique |
| NVPO                    |
| Classe d'Altemeier      |

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2012071510562850 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2000280636       | BELGHAZI IMANE | 07/12/2020        |

| Mode paiement       | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|-------------|
| CarteB              | 4356                   | 300,00      |
| PAYANT              | Total payé             | 300,00      |
| TROIS CENTS DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : IMA.JAF

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Admission Facturation



07/12/2010 15:08:07  
9900397541  
93977501  
HOP CHEIKH KHALIFA G2  
Casablanca

A0000000032010  
APP : VISA ELECTRON  
BELGHAZI / IMANE MME  
xxxxxxxxx > xxxx2366  
05/21 CARTE NATIONALE  
746F06FI 35927668  
626-0-99-99-1-44

MONTANT : 300,00 MAD  
NUM TRANSACTION 011  
NUM AUTORISATION 0G4932  
STAN 004356

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT