

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.
Une 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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 066962

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **55183** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10378** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BELGHAZI IMANE**

Date de naissance : **29/09/1978**

Adresse :

Tél. : **0663471542** Total des frais engagés : **12000** 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 : **C.P.**

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**

Signature de l'adhérent(e) : **AGGUEIL 21/12/2020**



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
07/12/2020	C		300.000H	  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 du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

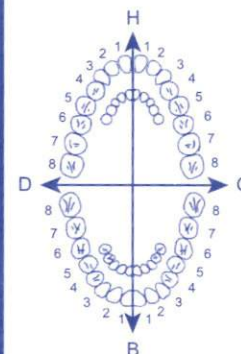
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

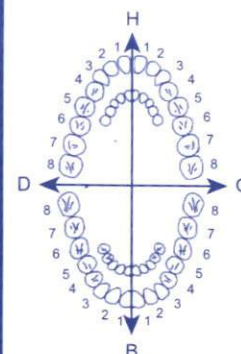
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'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
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: contact@hck.ma
 N°INP 090061862

DOSSIER D'ANESTHESIE

07/12/2020

IDENTITE :

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

Nom : BELGHAZI Prénom : IMANE Age : 42 ans
IPP : 12010309481956 Service : C.P.A.

INTERVENTION

Coloscopie Ky de crames
Consentement :

ANTÉCÉDENT :

Médicaux :

- ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Cardiopathie
☐ Atopie 20 ☐ Dyspnée 10
☐ Asthme 20 ☐ Angor 10
o Ischémique :
o HTA :
o Valvulaire :
o Autres :
☐ AVC ☐ BPCO :
☐ Epilepsie 10 ☐ Tuberculose
☐ Diabète 10 ☐ Autres :
☐ Transfusion ☐ Epigastralgies

Chirurgicaux:

Type d'intervention	Année	Anesthésie	Incidents
<u>Lv -</u>	<u>2005</u>		<u>AC</u>
<u>Coeu.</u>	<u>1999</u>		<u>AC</u>

Toxique :

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

Obstétricaux:

G : P : Ev : DDR : 3 Fcs
G : 6 P : 2
Grosse en cours : ☐ Non ☐ Oui
Contraception : ☐ Non ☒ Oui, laquelle :
Ménopause : ☐ Non ☐ Oui

Examen :

Etat général :

Poids : 71 kg Taille : 1.62
BMI :

Etat général :

☒ Bon ☐ Moyen ☐ Altéré

Dénutrition ☐ Oui ☒ Non

Capital Veineux ☒ Bon ☐ Mauvais

Traitement en cours :

Médicament(Présentation)	Famille	Posologie
<u>R</u>	<u>AS</u>	

Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire

FC : 65 Dyspnée (NYHA) : 2
TA : 118/81 Tolérance à l'effort : Spa 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 : Spa
Dentition : 100%
Mandibule :
Prothèse dentaire : ☐ Oui ☒ Non
Conclusion :

Examen neurologique

GCS :
Déficit moteur : 100%
Déficit sensitif :
Pupilles :
Douleur et EVA :
Sites ALR
Abdomen
Autres :

Conclusion :

Bilan Biologique

NA		Gly	0,98	GB	0,13	TP	no 01	ECBU	
K		GPP		Pla	188	INR			
CA				Hb	12	TCA	580		
Urée				Hte					
Créat	5,8								

Conclusion :

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

Cachet Médecin :

Hôpital Universitaire International Chaouki Khalifa
Pr. ELWALI ABDERRAHMAN
ANESTHÉSIE RÉANIMATION
101244784

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

Préparation :

Prémédication :

Monitoring prévu

ASA 2

jeune pt - op de cth

Transfusion :

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

Intubation difficile

Anesthésie

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

Ventilation

Estomac plein

Antibioprophylaxie

.....

.....

Risque
Thromboembolique

NVPO

Classe d'Alteimer

VISITE PRE ANESTHESIQUE

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

Cachet Médecin :

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



البنك المغربي للدفعات

07/12/2010 15:08:07

9900397501

93977501

HOP CHEIKH KHALIFA G2

Casablanca

A00000000032010

APP : VISA ELECTRON

BELGHAZI /IMANE MME

xxxxxxxx>xxxx2966

05/21 CARTE NATIONALE

746F06FB35927668

626-0-99-99-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION 011

NUM AUTORISATION 064932

STAN 004356

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT