

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.

Radiologie 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

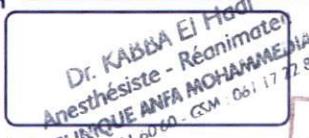
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-545415

57825

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1925	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUDCHAR D'HAMEA			
Date de naissance : 17.7.1955			
Adresse : 32 Bd 11 JANVIER ANFA TOHAMMEHA			
Tél. : 06 61 19 23 24	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 08/01/21			
Nom et prénom du malade : BOUDCHAR Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ENNUXIATIQUE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : E			
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 : _____ Le : _____

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
08/01/21	1		300,00	INP : 1234567890 Dr. KABBA - DR. IMAM RESIDENCE - RESIDENCE Tél: 02 22 33 44 55 - 06 12 33 44 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Radiologie Mohammedia 207 Bd setta La Colline Mohammedia Tél: 05 23 31 60 60 / LG Fax: 05 23 31 25 25	08/01/21	10M TLHSA	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

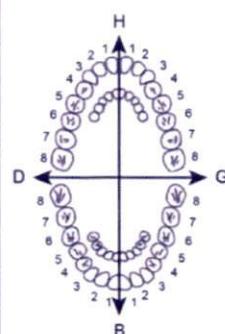
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

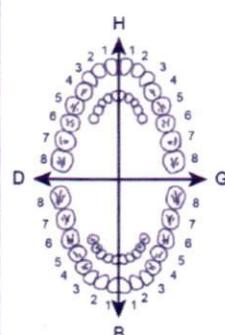


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 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



مصحة أنفا - المحمدية
Clinique Anfa - Mohammedia

Mohammedia, le

Mr ou Mme :

Breathie M'hamed
of Dr. L.

Tom Shokif

Radiologie Anfa Mohammedia
237 Bd Sebta
La Colline - Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60 / LG
Fax: 05 23 31 25 25

Dr. KABBA EL HADJ
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE ANFA MOHAMMEDIA
TEL: 013 31 25 25



مصحة أنفا - المحمدية
Clinique Anfa - Mohammedia

FACTURE
038/20

Mohammedia le : 08/01/2021

Nom patient

Mr : BOUDCHAR M'HAMED

Examens réalisés

TDM THORACIQUE : 1500.00 DH

TOTAL : 1500.00 DH

Arrêtée la présente facture à : Mille Cinq Cent Dirhams.


Radiologie Anfa Mohammedia
237, Bd Sebta
La Colline - Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60 / LG
Fax: 05 23 31 25 25

Facture N°129

Le 08/01/21

NOM : BOUDCHER M HAMED

Acte : TDM THORACIQUE + V2

MONTANT : 1800 DH

(Arrêté la présente facture à la somme de : MILLE HUIT CENT DIRHAMS)

Clinique ARAZI MAMMEDIA
237 Bd Mohand La Cité
Tél 05 23 36 60 60 LG
Fax 05 23 36 32 25



مصحة أنفا - المحمدية

Clinique Anfa - Mohammedia

Mohammedia le 08/01/2021

Nom du patient : Mr BOUDCHAR M'HAMED

Médecin traitant : DR KABBA

TDM THORACIQUE (de contrôle):

Indication :

Suivi pour pneumopathie virale au SARS-COV2.

Technique :

Examen réalisé par une acquisition hélicoïdale des apex pulmonaire jusqu'à la loge surrénale sans injection de PDC. en reconstructions axiales.

Résultats :

Au niveau de la fenêtre parenchymateuse :

- Présence de quelques petites plages en verres dépolis multi focales, à disposition sous pleurale, dont certains sont sièges d'hyperdensités linéaires sans signe de condensation parenchymateuse, situé de manière éparses prédominant au niveau des lobes supérieurs. L'étendue des lésions résiduelles est estimée à moins de 5% du parenchyme pulmonaire.

Au niveau de la fenêtre médiastinale :

- Plèvres pariétales fines et régulières.
- Absence d'adénopathie médiastinale.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
- Absence de dilatation vasculaire notable.

CONCLUSION :

- Aspect TDM de lésions résiduelles de pneumopathie virale en voie de résorption, étendue à ce jour à moins de 5% du parenchyme pulmonaire.
- Examen classé CORADS6.

