

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-598892

67129



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9632

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERCHIDI - ZAKIA

Date de naissance :

20/08/68

Adresse :

SECC CASA - ANFA

Tél. :

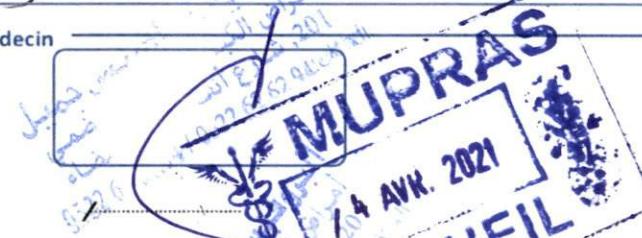
0661431703

Total des frais engagés :

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 :

AP Digestive

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/03/21

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroentérologie

البروفيسور د. دريس جمیل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 12.03.21 الدار البيضاء في

Mr E Rachidi Zakia.

Scanner Abdomine-Pelvien

* Suspicion d'appendice

البروفيسور د. دريس جمیل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
الدار البيضاء 201
شارع أنفاس - الدار البيضاء
0522.39.62.62 | 0522.94.63.63 | 0522.94.62.62 | 0522.94.61.61 | 0522.94.63.63 | 0522.39.62.62
Assistantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 1975 / 2021 du 12/03/2021

Nom patient	ERCHIDI ZAKIA	Entrée 12/03/2021	Sortie 12/03/2021
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCAN ABDOMINO-PELVIAN AVEC INJECTION	1,00	Z	3 000,00	3 000,00
			Sous-Total	3 000,00
Total Frais Clinique				3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total général 3 000,00
TROIS MILLE DIRHAMS	

Encaissements					Total encaissé	Solde
						3 000,00

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town Ville Vert Bouskoura 20180 - Casablanca
Bouskoura Casablanca
tel: 0522 51 23 22 - 0667 57 57 57
③

Casablanca , le 12/03/2021

Patient : **ERCHIDI Zakia**

SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

Indications :

Suspicion d'appendicite.

Technique :

Acquisition hélicoïdale sur l'étage abdomino- pelvien sans et après injection de produit de contraste avec reconstruction Multiplanaire

Résultat :

Individualisation d'un appendice latéro-caecal interne avec un trajet ascendant puis descendant au niveau de l'étage pelvien adjacent au vaisseaux iliaques droits.

Il est rétentionnel à parois épaisse se rehaussant de façon importante après injection de produit de contraste mesurant 14 mm de grande épaisseur siège en intra liminale d'une petite collection mesurant 12 × 13 mm, associé une importante infiltration de la graisse adjacente étendue à la racine du mésentère.

Multiples adenomegalies mésentériques de taille para centimétrique.

Absence d'épanchement liquidien au niveau des étages sus et sous mesocoliques.

Absence de pneumopéritoine

Rehaussement normal du tronc porte et des vaisseaux mésentériques

Par ailleurs:

Foie , rate reins et pancréas d'aspect scanographique normal.

Absence d'anomalie des voies biliaires.

Vessie de bonne capacité à contenu homogène liquidien

Absence de lésion osseuse focale suspecte dans les limites de l'étage exploré.

Conclusion:

Aspect scanographique d'une appendicite aiguë associée à des signes inflammatoires ganglionnaires et mésentériques réactionnels loco régionaux.

Absence de signe de perforation ni de complication thrombose embolique porto-mésentériques

Merci de votre confiance. **DR EL OUARDIGHI LAMIAE**