

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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.

MUPRAS : Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3486 Société : RAM 81313

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GOUA 2 MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse : 364 ELOURA DÉNOUA

Tél. 06 68 38 79 93 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 : Pathex respiratoire

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 : DENOUA Le : 11/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : cler

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 Pariement des Actes
Le 11/03/21	CS		3000 H	46 LOT E ALMA - Berrechidid Béchir Cinquième IBN ZOHR
Le 11/03/21	TRT		1600 H	
Le 11/03/21	OXYGENE		200 DH	
Le 11/03/21	TRT		100 DH	

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
ABQUIBAD AL AL NAWAF Radiologue Médecin Dr. Dr. Berrachid Signature Dr. Berrachid	14-03-2021	Scanner Thoracique	1500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

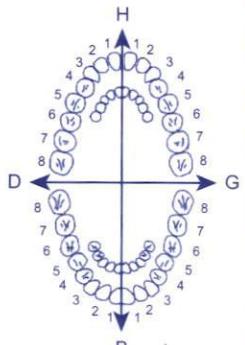
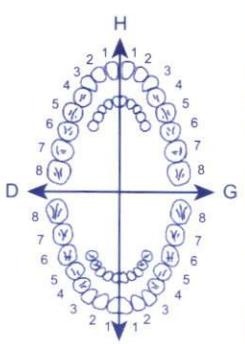
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX												

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE. code à barres

0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8 |

ESTIMATION N°

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

763 / C / 2021

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom JAAFARI FATNA

N° CIN

Assuré(e) Conjoint Enfant

Médecin consultant :

Médecin correspondant :

N° TEL

FRAIS CONSULTATION

Désignation	Qté	PU	Montant
PHARMACIE	1.00	100,00	100,00
OXYGENE - NEBULISATION	1.00	200,00	200,00
TOTAL			300,00

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	PU	Avec Injection	Montant
SCANNER - THORACIQUE	1	1 500,00		1 500,00
TOTAL				1 500,00

TOTAL GENERAL

1 800,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

MILLE HUIT CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

Lot El Amal - Berrechid
Clinique Ibn Zohr
11/08/2021

Berrechid le : 11-08-2011

NOM & PRENOM : JAAFARI FATNA
EXAMEN : TDM THORACIQUE

COMPTE RENDU

Cher confrère,

Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

TECHNIQUE :

Acquisition hélicoïdale avec reconstruction axiale sans injection de produit de contraste iodé.

RÉSULTAT :

Réticulations sous pleurales diffuses et bilatérales associant un discret rayon de miel et du verre dépoli par endroit notamment à la lingula.

Plages de verre dépoli avec crazy paving à la lingula et postero basales bilatérales d'allure condensant à ce niveau.

Pas d'adénopathie médiastinale de taille significative.

Pas d'épanchement péricardique.

Lame pleurale gauche.

Les vaisseaux du médiastin sont de calibre normal.

Noter un épanchement péritonéal sous phrénique vu sur les coupes basses.

EN CONCLUSION :

Lésions interstitielles bilatérales évocatrices de fibrose pulmonaire.

Plage en crazy paving de la lingula et plus denses en postéro basal bilatéral pouvant traduire une infection virale type covid19 minime (moins de 10%).

Ascite sous phrénique vue sur les coupes basses.

À confronter au contexte et au bilan.

Dr. ABOUIBAD NAWFAL
 د. نوافل أبو عباد الله
 Médecin Radiologue
 Clinique Ibn Zohr

CLINIQUE IBN ZOHR

Clinique Ibn Zohr

CENTRE DE RADIOLOGIE IBN ZOHR

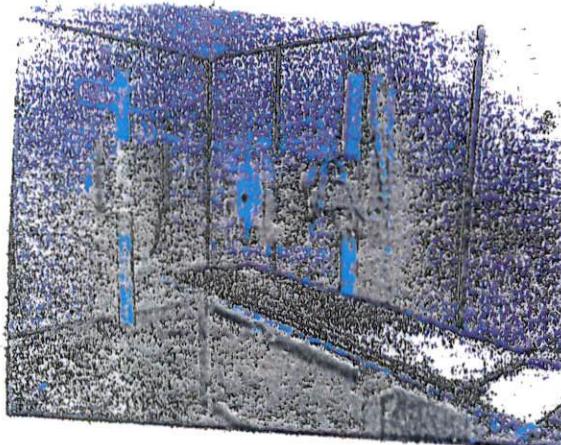
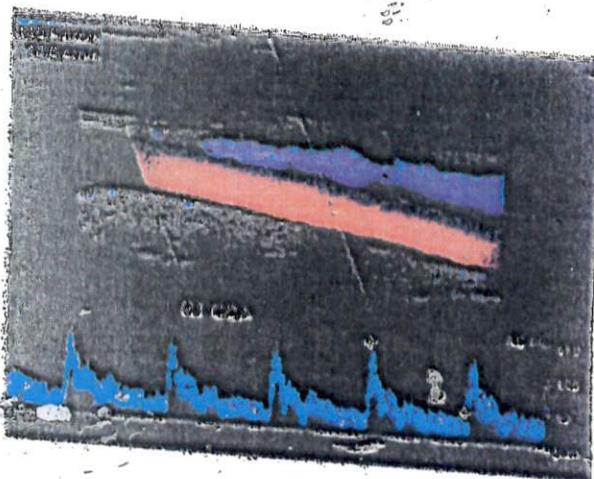
Nom / Prénom

JAAFARI FATNA

Date : 11-08-2021

Diagnostic

Scanner thoracique



46 lot Al Amal Berrechid
Tel: 05 22 32 58 83 GSM: 06 62 68 72 98