

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.

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.

Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0028906

Maladie

Dentaire 96398

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2829

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHAN Nohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : I - R - C

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 :

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
11/08/2021				<i>(Signature)</i>

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
<i>(Signature)</i>	11/08/2021		100000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة طبية

Ordonn

Casablanca, le :

17/8/2021



2100377460 / H0119047282

Prénom : Mohamed

Nom : DAHAN

DDN : 01/01/1952 E: 03/08/2021

Service : HÉMODIALYSE (NA)

PAYANT
Sexe: M

Age : 69 ans

IRC terminale en
hémodialyse

► Présente une dyspnée
avec SaO₂ à 82%.

(Test rapide Covid (+))

► Prié de faire une TDM
thoracique.

SARAH Meryem Sara Zirach
Medecin résident
Neurologie

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 97 264 / 2021 du 17/08/2021

Nom patient : DAHAN MOHAMED

Entrée 17/08/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/08/2021

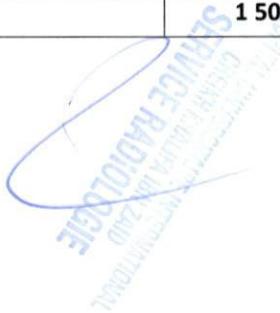
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00 Sous-Total	1 500,00 1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	1 500,00	1 500,00	0,00



Casablanca , le 17/08/2021

PATIENT : DAHAN Mohamed

TDM THORACIQUE

RC : suspicion d'une pneumopathie virale type COVID19

TECHNIQUE :TDM Acquisition axiale par des coupes volumique en haute résolution sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

1- Verre Dépoli :OUI : Nodulaire

2- Crazy Paving : NON

3- Condensations : NON

4- Sine du halo inversé : NON

5- Bronchectasie de traction : NON

6- Dilatation vasculaire en regard du foyer en verre dépoli :NON

7- Distribution des lésions :

Péphérique Postérieure Basale Bilatérale

8- Pourcentage du poumon atteint :

Minime (10%)

9- Anomalie en faveur d'autres affections :

10- Signes associés :

- Anomalie du parenchyme sous-jacent : Non
- Epanchement pleural : Non
- Adénomégalie thoracique : non
- Anomalie cardio-vasculaire : Non
- Reins réduits de taille (IRCT)

CONCLUSION :

- TDM compatible ou évocateur du COVID19 avec étendue des lésions en < 10 % : classé CORADS6

En vous remerciant de votre confiance
Signé : Dr BOUKNANI -Dr HAB

