

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W21-811475

169391

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 9063		Société : R. AM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHALID		ABDELLILAH	
Date de naissance : 20/06/1967			
Adresse : 15 Rue Henri Moreau Apt 13 Vap Fleurie TAARIF			
Tél. : 06.61.34.22.01	Total des frais engagés : 1300,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Dr. AZIZ SOUAD ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR POLYCLINIQUE EL KHALID Avenue Youssef Ibn Tachfine El Jadida - 80524 41 02 92 05 22 41 48 48 </div>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/05/2023			
Nom et prénom du malade : EL Khalid Abdellilah	Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Douleurs Abdominales			
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 : EL KHALID
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/05/2023

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. BONNISSEAU André - 0311 82843	04/05/2025	Voir Facture	1300 Dfl.

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



ORDONNANCE

Mr. El Khalid ABD ELILAH

Prise de laire

TDM Abdominal

Polyclinique EL Kelaa
Boulevard Youssef Ibn Tachfin
El Kelaa des Sraghna
Tel : 05 24 41 02 02 / 05 24 41 46 46

Dr. AZIZ SOUFI
ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR
POLYCLINIQUE EL KELAA
El Kelaa des Sraghna
Tel : 05 24 41 02 02 / 05 24 41 46 46

شارع يوسف ابن تاشفين رقم 11.10 تجزئة التخييل قلعة السراغنة 43000
Boulevard Youssef Ibn Tachfine - Lot10, 11 Ennakhil El Kelaa des Sraghna 43000
Tél : Urgences : 05 24 41 02 02 / Consultations & Hospitalisations : 05 24 41 46 46 / Fax : 05 24 22 17 77

POLYCLINIQUE EL KELAA

Boulevard Youssef Ibn Tachfine, Lot 10,11 ENNAKHI
Tél : 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46

FACTURE

Date : 04/05/2023

070062633

Numéro : 8 224

Nom patient : EL KHALID ABDELILAH

Médecin :

23E041148

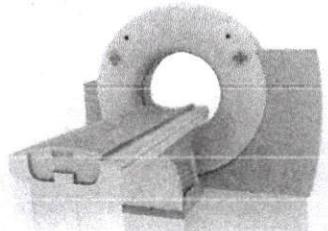
PAYANT

	Montant
TDM ABDOMINALE	1 300,00

Total 1 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

0524414646
Boulevard Youssef Ibn Tachfine, Lot 10,11 ENNAKHL ,EL KELAA DES SRAGHNA
Tél : 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46
DPE
Dr. El Khalid
El Khalid
Signature



04/05/2023
El kelaa, le

NOM ET PRENOM : EL KHALID ABDELILAH

MEDECIN : PCK

TDM ABDOMINO-PELVienne

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

- Foie de taille normale de contours réguliers et de densité siège de microkystes au nombre de 4 dont le plus volumineux de 6 mm au niveau du segment VI
- La vésicule biliaire est de volume normal, à paroi fine, sans lithiase radiodense visible.
- VBP et VBIH non dilatées.
- Reins d'aspect morphologique et fonctionnel normal avec kyste médiorénal droit mesurant 27x21 mm
- Rate et pancréas d'aspect normal.
- Vessie ne présente pas d'anomalie pariétale ou endoluminale.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Sur le filtre osseux : arthrose sacro iliaque antérieure bilatérale

Au niveau cervical :

La glande thyroïde est de taille normale homogène

Absence de nodule parathyroïdien décelable

CONCLUSION :

Microkystes hépatiques compatibles avec des microkystes biliaires.

Kyste rénal droit type 1.