

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.

Diagnostique 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

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° P19- 0001496

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3216 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAYAR Abdelmjid Date de naissance : 04/10/1953
Adresse :
Tél. : 0670747429 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/04/2019
Nom et prénom du malade : TAYAR SAÏD Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : pancréatite aiguë
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 : 02 SEP. 2019

RELEVÉ 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
03/07/19	C.S	6	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.07.19	TON ABDAWKE	1800 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

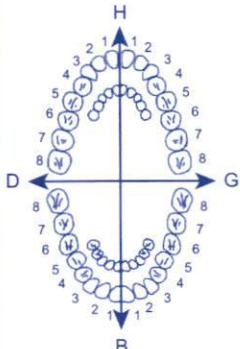
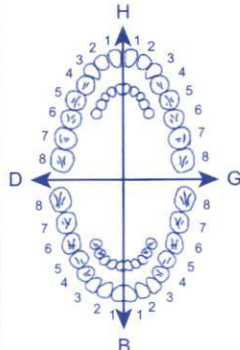
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



مصحة الحديقة لارميطة

CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 03/07/19 الدار البيضاء في

M^r TAYAB SAID

pancréatite sigmo stade E

⇒ TDM Abdominal de contrôle.

Chirurgie ORL
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie Traumatologique et
Orthopédique
Chirurgie viscérale
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Ophtalmologique
Chirurgie Plastique et Esthétique
Chirurgie Dentaire
Stomatologie Implantologie
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de
L'Aude et rue Chant
d'oiseaux (à côté de
MacDonald's - Hermitage)
Tél : 05 22 28 64 64
Fax : 05 22 28 65 65
Urgences : 0666 10 89 32
Email : c-d-h@hotmail.fr
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital
de 200.000 DH
I.F : 40262570
CNSS : 8640311
Patente : 34750072

CLINIQUE LE PARC Hermitage
Dr MOKHTARI Mohamed Amine
Réanimateur-Anesthésiste
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux
Tél : (0522) 28 64 64
INP : 091173484

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE
Dr YOKLIF ADIL
Réanimateur - Anesthésiste
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux
Casablanca - Tél : 05 22 28 64 65
INP : 091026013

RADIOLOGIE
AVICENNE
إشعاع الأشعة
إشعاع تشخيصي



Casablanca, le 03/07/2019

Facture N° :7219/19

Nom & Prénom du patient : TAYAB SAID

Désignation	Total
SCANNER ABDOMINAL 1800 DH ----- 1800 DH	1800 DH
Total General	1800DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME:

MILLE HUIT CENTS DH

Casablanca , le 03/07/2019

Nom /Prénom : TAYAB SAID

TDM ABDOMINALE

TECHNIQUE :

- Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstructions MPR.

RESULTAT :

- Pancréas augmenté de taille siège de nécrose parenchymateuses au niveau de la tête et du corps pancréatique avec présence de petite coulées pré-pancréatiques associée à la présence d'une importante infiltration de la graisse adjacente.
- Vésicule de paroi fine siège de multiples macrolithiase dont la plus volumineuse mesurant 13mm de diamètre.
- Foie de volume normal morphologie respecté homogène.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la VBP.
- Reins de taille normale sans dilatation pyélocalicielle.
- Rate et Pancréas de taille normale homogène.
- Vessie de bonne capacité de paroi fine homogène siège d'un diverticule au niveau de sa paroi latérale droite.
- Absence d'épanchement péritonéal.

CONCLUSION :

- TDM abdominale en faveur d'une pancréatite aigue stade E avec présence de nécroses intra parenchymateuses associée à de petites collections pré-pancréatiques et infiltration de la graisse adjacente.

En vous remerciant de votre confiance