

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.

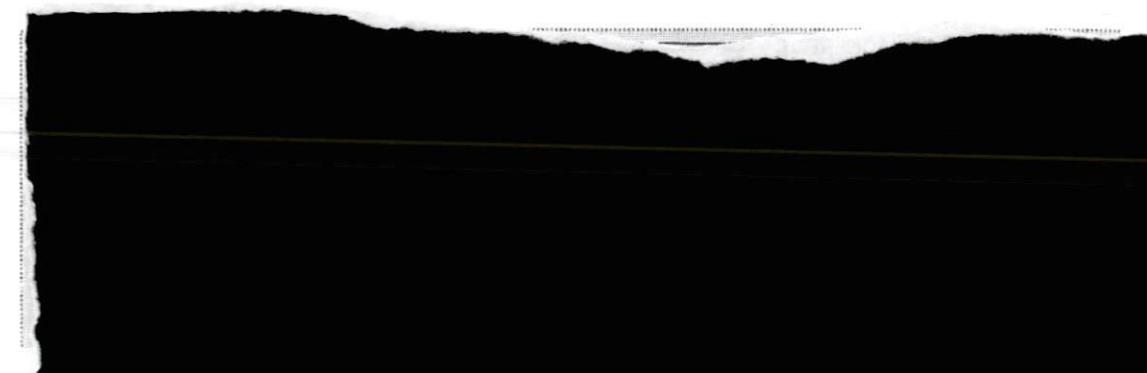
N° W19-542537

ND: 438.30

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8135 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : EL AONI F. JAMILA			
Date de naissance : 31/07/1985			
Adresse : Appt 5, etage 2, Immeuble 7, rue Ibn Abi Salib, Blv Ben Amgarane, macif, Casablanca			
Tél. : 06 506 27822 Total des frais engagés : 1500 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Ahmed elhincan Age: 51	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : corona	
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 11/01/2021** Le : **11/01/2021**
Signature de l'adhérent(e) : **Ahmed elhincan**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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
que JERRADA Service de Radiologie CASOLANCA 05 22 05 27 00	16/08/2020	TDN Inhalique	1500,00 CHF

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP : <input type="text"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																																		
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																																						
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																																																							
				Montants des soins <input type="text"/>																																																							
				Début d'exécution <input type="text"/>																																																							
				Fin d'exécution <input type="text"/>																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</th> <th colspan="3">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					H	25533412	21433552			D	00000000	00000000				00000000	00000000			G	35533411	11433553			B																												
	O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																									
		H	25533412	21433552																																																							
		D	00000000	00000000																																																							
			00000000	00000000																																																							
		G	35533411	11433553																																																							
		B																																																									
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																																																							
				Montants des soins <input type="text"/>																																																							
				Date du devis <input type="text"/>																																																							
				Date de l'exécution <input type="text"/>																																																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																											



INJAD SECOURS

Médecin à domicile - Ambulance - Avion sanitaire

0522 66 12 12

Clinique JERRADA UASIS

Service de Radiologie

CASABLANCA

Tél. 05 22 99 37

Ordonnance

AFILAL EL ALAMI IDRISI
M'HAMED

Médecin Réanimateur Anesthésiste

Casablanca, le

16.09.20

Chir. Anjou

Thoracique

La consultation au domicile de M-

AHMED CHYNAI, âgé de 51 ans, présente les éléments suivants :

patient toujours ATCOs, présente un
soulèvement douloureux depuis une
dizaine de jours, présente une dyspnée
avec oppression thoracique évoluant depuis

Ex: $T = 37.2$ $P = 86$ $R = 16$ $SpO_2 = 94$

$SaO_2 = 85\%$ à l'AA

- patient consulte sans déficit
- en PP, auscultation

pas de voile à l'abdomen

Dr. AFILAL EL ALAMI IDRISI
Médecin Réanimateur Anesthésiste

URGENCE 24H

polypneique, ne présente pas de
signes de lutté respiratoire, contraire
avec une PaO₂ = 84-85%.

Il s'agit d'une coïd fort
probable avec nécessité d'O₂

TD7 thoracique

D^r AFILAL
Dr. AFILAL EL ALAMI IDRISI
Dr. M'HAMED
Médecin Réanimateur Anesthésiste



Casablanca, le

16/09/2020

PATIENT : CHINAN AHMED

PRESCRIPTEUR: DR. NACIRI ZAKARIA

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Individualisation de multiples plages en verre dépoli, périphériques, diffuses et bilatérales, confluentes par endroits réalisant quelques condensations en plage.

Il s'y associe des épaissements périlobulaires réalisant par endroits un aspect en crazy paving.

Atteinte étendue évaluée à 45% à droite et à 27% à gauche.

Absence d'épanchement pleural, médiastinal ou péricardique.

Calibre normal de l'aorte des gros vaisseaux pulmonaires et de la veine cave supérieure et inférieure.

Petit ganglion de la loge de Barey de taille infra centimétrique.

Absence de lésion costale ou sternale décelable.

CONCLUSION :

Pneumopathie interstitielle étendue pouvant être d'origine virale (COVID 19) vu le contexte pandémique. A confronter aux données de la PCR.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

Atteinte étendue évaluée à 45% à droite et à 27% à gauche.

Merci de votre confiance.

Dr AKDIM*

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie

CASABLANCA

TAI : 05 22 99 37 48

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

Facture N° 13429/20

CASABLANCA Le : 16-09-2020

A. Identification

N° Dossier : CJO20116143846
Nom & Prénom : M. CHINAN AHMED
 C.I.N : JBS4735
 Adresse : CASA

N° Identifiant : 031632/20

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-09-2020

Date Sortie : 16-09-2020

Traitement :

Médecin traitant : DR. NACIRI ZAKARIA

Qte	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
					Total Rubrique :	1 500,00
						1 500,00
						0,00
					TOTAL GENERAL	1 500,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS
 Service de Radiologie
 CASABLANCA
 Tél : 05 22 81 81 82
 Fax : 05 22 81 81 82
 E-mail : direction@cliniquejerrada.com - IF : 40280390 - ICE : 00162870500012 - RIB : 230780404038722100950065

