

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **cique :**

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

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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

ND: 58594

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0013566**

**Maladie** 3089     **Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : **003089** ..... Société :

**Actif**     **Pensionné(e)**     **Autre :** .....

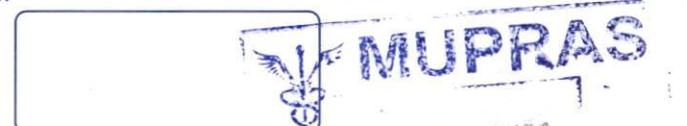
Nom & Prénom : **BONAKANESSADIA** Date de naissance : **07/01/1982**

Adresse : **VIE MATWAL**

Tél. : **0652786858** Total des frais engagés : **1700,00** Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  **Lui-même**     **Conjoint**     **Enfant**

Nature de la maladie :

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
13/11/2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LOGIE MER'S SULAL e Omar El asabla 22 27 02 79</i>	19/11/2017	70%	77000

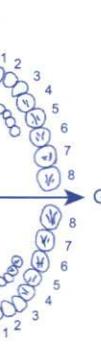
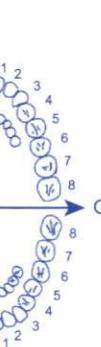
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

clinique  
mers  
sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

١٩ / ١١ / ٢٠٢٠

Mme BOURHANE SAADIA ep METOCAL

Favé TD 7  
Thoracique

Dr. Azzeddine EL HAIBA  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Mers Sultan  
64, Rue Omar El Idrissi Casablanca  
Tél : 05 22 27 72 72

RADIOLOGIE MERS SULTAN  
64, Rue Omar El Idrissi  
Casablanca  
Tél : 05 22 27 02 79

## URGENCES 24H/24H

64 شارع عمر الادريسي ( قرب حديقة مروخ ) - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42  
64 Bd Omar El Idrissi ( en face du jardin Murdoch ) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42  
الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85  
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 001728360000010



Casablanca, Le 19/11/2020

► I.R.M 1,5T

► Scanner 16 Barretes

- 3D Corps Entier

- Angio Scanner  
Corps Entier

► Echographie

- 2D / 3D / 4D

- Echo doppler couleur

- Echo guidée

► Biopsie

- Sconnoguidée

- Echo guidée

► Radiologie

Interventionnelle

► Radiologie Standard

Numérisée

BOURKANE SAADIA

### Examen : TDM THORACIQUE

#### Technique :

Examen réalisé en coupes axiales sans injection de produit de contraste

#### Résultats :

- Mise en évidence de multiples plages en verre dépoli à limites condensantes, confluentes, de répartition périphérique sous pleurale et centrale, n'épargnant aucun segment, principalement du côté droit.
- L'étendu lésionnel est estimée à 30% Absence
- Absence d'épanchement pleuropéricardique, en dehors d'une scissurite gauche.

#### Conclusion :

- Aspect TDM faisant évoquer une pneumopathie infectieuse a priori virale (COVID-19) avec atteinte parenchymateuse étendue estimée à 40%

*En vous remerciant de votre confiance*

RADIOLOGIE MERS SULTAN  
64, Rue Omar El Idrissi  
Casablanca  
Tél : 05 22 27 02 79

## URGENCES 24H/24H

شارع عمر الادريسي ( قرب حدائق مرسوخ ) - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi ( en face du jardin Murdoch ) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف:

Tél. : 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail : [cliniquemersultan@gmail.com](mailto:cliniquemersultan@gmail.com) / [www.cliniquemersultan.ma](http://www.cliniquemersultan.ma) / ICE : 001728360000010



**RADIOLOGIE MERS SULTAN**

64, BD OMAR EL IDRISI

Tél: ..05 22 27 72 72.....

**F A C T U R E**

N° : 202000001 du 19/11/2020

Nom patient : M. BOURKANE SAADIA EP METOUAL

Médecin : Dr. ELHAIBA

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
SCANNER THORACIQUE	170	1 700,00
Total		1 700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**MILLE SEPT CENTS DIRHAMS**

*RADIOLOGIE MERS SULTAN  
64, Rue Omar El Idrissi  
Casablanca  
Tél : 05 22 27 02 79*