

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-599044

53580

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50063 Société : PAN

Actif Pensionné(e) Autre : Decesse

Nom & Prénom : M. AASSI Zahra Me RIDAOUI Ahmed

Date de naissance : 1949

Adresse : Cité El Bataï Imm 7 Apt 48CASA

Tél : 0666274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/12/2020

Nom et prénom du malade : AASSI ZAHRA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 JAN. 2021

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.

ACCUEIL

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 : 29/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
	Fracture			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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Coller Etiquette De RAE



N 2000288427 / H0120034214
Prénom : ZAHRA
Nom : AAISSI
C DDN : 01/01/1949 E: 29/12/2020
Service : URGENCES (NA)

**BILAN
RADIOLOGIQUE**

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

.....

.....

.....

● **RADIO STANDARD :**

FACE PROFIL

.....

● **ECHOGRAPHIE :**

● **SCANNER :** *clinique*

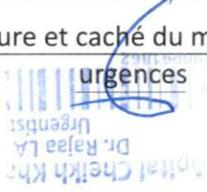
Avec injection Sans injection

Créat : BHCg : Positive négative

● **IRM :**

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des urgences



Casablanca , le 29/12/2020

PATIENT : AAISSI ZAHRA

TDM THORACIQUE

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

RESULTATS :

1- Verre Dépoli :

OUI : En plage

2- Crazy Paving : NON

3- Condensations : NON

4- Signe du halo inversé : NON

5- Bronchectasie de traction : NON

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

7- Distribution des lésions :

Périphérique	Postérieure	Basale
Bilatérale		

8- Pourcentage du poumon atteint : Minime (10%)

9- Anomalie en faveur d'autres affections :

Micronodule calcifié du lobe moyen

Condensations systématisées : Non

Autres :

10- Signes associés : NON

- Anomalie du parenchyme sous-jacent :
- Epanchement pleural :
- Adénomégalie thoracique :

CONCLUSION :

- Aspect TDM compatible avec une pneumopathie type COVID 19 avec atteinte lésionnelle de l'ordre de 10 %.
- Cet aspect est classé CORADS 6

En vous remerciant de votre confiance :

Signé **Dr BERRADA**


Dr. BERRADA Mohamed
Professeur en Radiologie
Diagnostic et Interventionnelle
Hôpital Universitaire
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 29 44 77

Évolution des lésions :

0-4 jours	* 50% normale. * Verre dépolie, Crazy Paving, atteinte de quelques lobes.
5-8 jours	Extension du verre dépolie et du Crazy Paving.
10-13 jours	Condensations.
Après 14 jours	Résolution progressive des lésions.

CORADS : Degré de suspicion d'une infection au COVID 19 :

CORADS 1	NON	TDM Normale ou lésions non infectieuses (sarcoïdose, fibrose, tumeur..)
CORADS 2	Faible	Anomalie en rapport avec d'autres infections (bronchiolites, aspect en bourgeon d'arbre...)
CORADS 3	Indéterminée	Signes en faveur d'une infection, mais pas très évocateur du COVID 19 : verre dépoli focale, bronchopneumonie, pneumonie lobaire, embole septique...)
CORADS 4	Élevée	* Verre dépolie unilatéral. Crazy paving unilatéral. * Condensations multiples sans lésion typique associée.
CORADS 5	Très élevée	Aspect Typique : * Atteinte périphérique, bilatérale et basale. * Verre dépolie et Crazy paving : Atteinte Multifocale. * Verre dépoli et Condensations multifocales. * Signe du Halo inversé. Dilatation vasculaire.
CORADS 6	PCR +	

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 129647 / 2020 du 31/12/2020

Nom patient	AAISSI ZAHRA	Entrée	29/12/2020
	PAYANTS	Sortie	29/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 800,00
Total Clinique				1 800,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE HUIT CENTS DIRHAMS	Total 1 800,00


 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
 Tél.: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 Email: fact@fckm.hck.mn

Reçu de caisse

N° : 2012291306441680 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000288427	AAISSI ZAHRA	29/12/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	3514422-BMCI RIDAOUI RACHIDA	1 800,00
PAYANT	Total payé	1 800,00
MILLE HUIT CENTS DIRHAM		

Reçu établi par : YAS.JAD

Admission Centre
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID