

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0005171

133219

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5766

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : SEBBAR ABDELLAHIM

Date de naissance : 05/07/1952

Adresse : Derb EL MITRE Rue 07 N° 10 CASABLANCA

Tél. : 066 35 28 61

Total des frais engagés : 723,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. IDRISI QAITOUNI  
Anesthésiste - Réanimateur

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... colon droit

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : CASABLANCA

Le : 27/09/2022

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
15.09.2022	voix Facteur	250	Dr. H. IDRISI QAITOUNI Anesthésiste - Réanimateur	Reçu en intégralité A Signature

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

<b>D</b>	<b>H</b>							
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411
25533412	21433552							
00000000	00000000							
00000000	00000000							
35533411	11433553							

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on each side) and a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the horizontal axis to the right is labeled 'G'. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. The numbers 1 through 8 are placed on the upper teeth, and 3 through 8 are placed on the lower teeth. The diagram shows the relationship between the dental arch and the coordinate system.

### **[Création, remont, adjonction]**

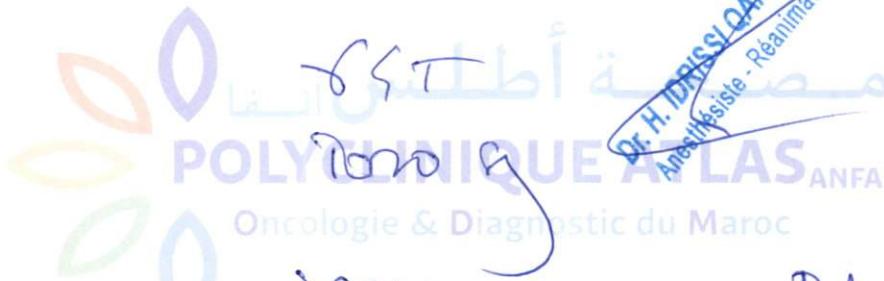
**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr Rebbar Abdessalhi

TP

TCA



جامعة طنجة + RH  
Laboratoire Bouchentouf d'Analyses

Dr. SENI & KHIZI, H  
Place Bouchentouf 27, El Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 80 12 56 / Fax: 0522 80 12 34

polyclinique Atlas

ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00



# LABORATOIRE BOUCHENTOUF D'ANALYSE MEDICALE SCIENTIFIQUE & DE LA FECONDATION IN VITRO (FIV)

Dr. SENHAJI RHAZI HUSSEIN

Diplômé des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Strasbourg  
Biogiste de la reproduction

DES : Biochimie, Hématologie, Bactériologie, Virologie, Parasitologie, Mycologie, Immunologie

**FACTURE N° : 9623**

**REF : M9J6965**

**NOM : SEBBAR ABDERRAHIM**

**DATE : 19/09/2022**

**DOCTEUR :**

**TOTAL EN B : 350**

**TOTAL EN DH : 473 dh**

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

**QUATRE CENT SOIXANTE TREIZE DHS**

مختبر بوشنطوف  
Laboratoire Bouchentouf d'Analyses  
Dr. SENHAJI RHAZI HUSSEIN  
Place Bouchentouf - Bd. El Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 80 12 58 / Fax: 05 22 80 12 34



## FACTURE

N° 4 340 / 2022 du 15/09/2022

Nom patient	<b>SEBBAR ABDERRAHIM</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	15/09/2022	15/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AIDE MED. INF. K5	1,00		50,00	50,00
<b>Total Frais Clinique</b>			<b>Sous-Total</b>	<b>50,00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	1,00	V2	200,00	200,00
<b>Total prestations externes</b>			<b>Sous-Total</b>	<b>200,00</b>
				<b>200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total général 250,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	250,00				250,00	0,00

*Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 Fax : 0522 27 90 00*

Le : 15/09/2022

Références

4 340 / PAYANT

Entrée / Sortie : 15/09/2022 - 15/09/2022

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mr SEBBAR ABDERRAHIM

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. H. IDRISI QATOUNI  
Anesthésiste - Réanimateur  
Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaures - Casablanca  
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

Cachet et signature

# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00  
CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 15/09/2022 Heure 13:02

Nom et Prénom du patient Mr SEBBAR ABDERRAHIM

Age ou Date Naissance 123 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

EQUIPE REANIMATEURS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

0,00

Motif d'hospitalisation

...

Affiliation à une couverture maladie

NON

*Polyclinique Atlas  
ACCEUIL  
Jaurès - Casablanca  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00*

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT N\_aff

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie

15/09/2022

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*