

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**  
M22- 0020264

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Y A Z O U T A B D I L H A R 158781  
 Date de naissance : 28-11-60  
 Adresse : 4 RUE TAMELAL 125 125 125 125 125 125 125 125 125 125  
 D. B. Y. APT 4.12 CASA TAMELAL  
 Tél. : 0661322422 Total des frais engagés : #1285,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/04/2023  
 Nom et prénom du malade : Y A Z O U T A B D I L H A R Age : 63  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Myxopapillomatose ABCes  
 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 : 18/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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
18-04-2023	voir facture		1000 DH	
18-04-2023	consultation			

18-011 Countdown  
Countdown

BAHOU

Pol: 011 222 2222  
Tel: 011 222 2222

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie FOUCAULT</b> 27, Rue Moussa Brou Nossail Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 42 12	18/04/2023	185,70

185,70

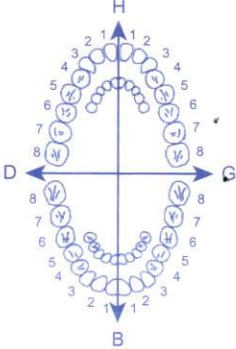
[illegible][illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

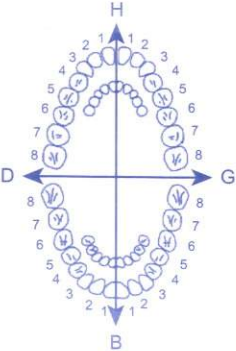
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b>    00000000    00000000    <b>G</b>                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

74,80

Mr Jaquet Abdelhak

74,80

Mepylor 500

PPV:  
 EXP:  
 Lot N°:

17,80

47,80

Deo

Pharmacie F. UCAU  
 le Moussaïbouh N°15  
 05 22 26 42 12  
 thier - Casablanca

52,80

LOT 211149  
 EXP 04/2024  
 PPV 52.80DH

10,30

Doliprane



PPV: 10DH30  
 PER: 09/25  
 LOT: L3209

185,70

الدكتورة أيت باحو خديجة  
**Dr. AIT BAHOU Khadija**  
 Anesthésiste - Réanimateur

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



# 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 18/04/2023 Heure 14:49

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mr EL YAQUOT ABDELHAK	<u>Age ou Date Naissance</u>	124 -
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>			
<u>Adresse</u>			
<u>Téléphone</u>			
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	RADHI AMINE CHIR.	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		0,00
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON		

Dr. RADHI AMINE  
Chirurgien  
Polyclinique ATLAS  
Tél : 0522.27.94.94

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

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT N'aff

Nom et prénom du signataire :

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

### Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	18/04/2023	<u>Heure</u>		<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<u>Nom et prénom du signataire</u>					<u>Signature</u>

# FACTURE

N° 1 818 / 2023 du 18/04/2023

Nom patient	EL YAQUOT ABDELHAK	Entrée	Sortie
		18/04/2023	18/04/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		361,38	361,38
			Sous-Total	361,38
PHARMACIE	1,00		138,62	138,62
			Sous-Total	138,62
Total Frais Clinique				500,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. RADHI AMINE CHIR. (chirurgie genera)	1,00	V3	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total prestations externes				500,00

		Total général	1 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			
MILLE DIRHAMS			
0.00			

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00

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

Le : 18/04/2023

Références 1 818 / PAYANT

Entrée / Sortie : 18/04/2023 - 18/04/2023

Le Dr. RADHI AMINE CHIR.

présente à Mr EL YAQUOT ABDELHAK

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
500,00 Dhs CINQ CENTS DIRHAMS

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

Dr. RADHI AMINE  
Chirurgien  
Polyclinique ATLAS  
Tél : 0522 27 94 94

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

Cachet et signature

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	EL YAQUOT ABDELHAK	N° Facture	1 818	U860423
-------------	--------------------	------------	-------	---------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)	1	7,87	7,87
Sous-Total médicaments			7,87
BETADINE / PATIENT 125 ML (001)	1	23,75	23,75
COMPRESSE AMERIC (001)	5	10,00	50,00
GANT JETABLE	4	5,00	20,00
GANT STERILE 7,5 (001)	1	12,00	12,00
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	20,00	20,00
LAME BIS -11 S-MORT (001)	1	5,00	5,00
Sous-Total consommable médical			130,75
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	138,62

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