

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 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

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-658114



Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 92093 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DÉMÉTRE HADJAM

Date de naissance : 17/10/1966

Adresse : 17, Beldi

Tél. : 06 61 25 93 37 Total des frais engagés : 887,77 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/10/2013

Nom et prénom du malade : DÉMÉTRE HADJAM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : reflux gastro œsophagien.

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 : 05/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :

VALET ADHÉRENT

MUPRAS

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
19-08-2023	Vous la facture ci-jointe 856,87			INP : 09/12/152009 Signature : 09/12/152009

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OULI PHARMAKOVA Dr. SVISTAKOVA YASMINE 54, Bd. Oued Tansit tel. 02 2291301 INDE 222227201	19.08.23	140,90

INPE : 092025964

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

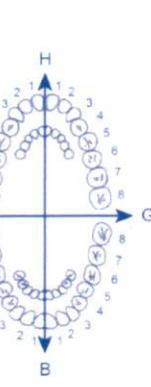
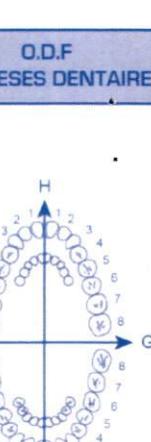
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<p>Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<p>Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>														
				<table border="1" data-bbox="1538 873 1758 1010"> <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">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

19 08 23

Dr. AICHA AZHARI

193,60

mexium

1 gel /pr Semati

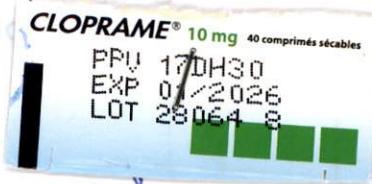
17,30

2) Cope

AcP x 3 / or

140,90

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubour hnou al acuam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
64115DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 116001 020607



PHARMACIE EL OULFI
PHARMAKOVA
Dr. SVISTAKOVA YASMINE
N°54, Bd. Oued Tansit Oulfa Casablanca
Télé: 0522 27 94 94

Polyclinique Atlas

ACCUEIL

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0522 27 94 94 | Fax: 0522 27 94 94

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 19/08/2023 Heure 19:00

Nom et Prénom du patient Mme AZHARI AICHA

Age ou Date Naissance 67 - 01/01/1957

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse BD OUED SEBOU APPT 1 OULFA CASA

Téléphone 0661259937

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

EQUIPE REANIMATEURS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation

... *polyclinique Atlas*
... *ACCUEIL*
... *27, Rue Jean Jaurès - Casablanca*
... *Tel: +212 5 22 27 90 00 - Fax: +212 5 22 27 90 01*

0,00

Affiliation à une couverture maladie

OUI

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 - R.A.M / MUP

Nom et prénom du signataire :

Signature

polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tel: +212 5 22 27 90 00 - Fax: +212 5 22 27 90 01

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 19/08/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	AZHARI AICHA	N° Facture	3.794	U1060823
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
CLOPRAME 10mg INJ (10)	1	2,12	2,12	
OMEПRAZOLE 40MG INJ (01)	1	29,75	29,75	
Sous-Total médicaments			31,87	
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	20,00	20,00	
SERINGUE 10 CC (001)	1	5,00	5,00	
Sous-Total consommable médical			25,00	
(*) Conditionnement hospitalier			Total pharmacie	56,87

polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
052-922-27-358 - 052-922-27-359

Le : 19/08/2023

Références

3.794 / PAYANT

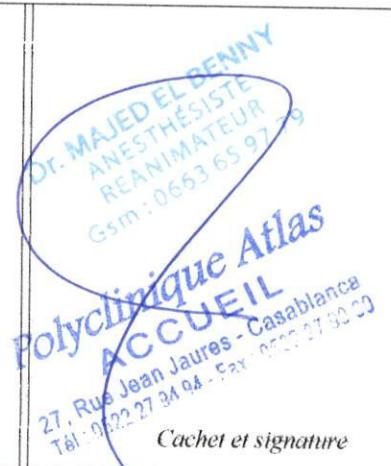
Entrée / Sortie : 19/08/2023 - 19/08/2023

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mme AZHARI AICHA

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

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



F A C T U R E

N° **3.794** / 2023 du **19/08/2023**

Nom patient	AZHARI AICHA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	19/08/2023	19/08/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ACTE PERFUSION CHAMBRE HOPITAL DU JOUR	1,00 1,00		100,00 200,00	100,00 200,00
PHARMACIE	1,00		56,87	56,87
Total Frais Clinique				356,87
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea usi)	1,00	V3	500,00	500,00
Total prestations externes				500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> HUIT CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEPT CENTIMES	Total général	856,87

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	856,87		856,87	0,00

Ref Chq : CHQ N°3313/BMCI/

*Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0522 27 31 94 - Fax: 0522 27 90 00*