

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° M21- 1058236

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4558 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Hayaj Mina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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
05/03/2024	VEN	88	3000	
07/03/2024	VEN	10	1000	

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

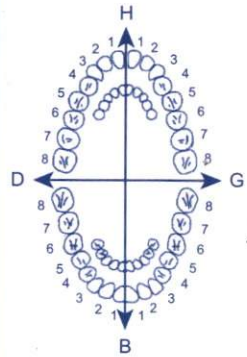
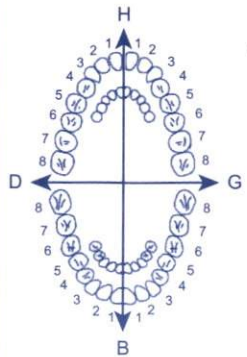
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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>D</td> <td>G</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, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

F A C T U R E

N° 1 064 / 2024 du 07/03/2024

Nom patient	HAYAJ MINA	Entrée	Sortie
		07/03/2024	07/03/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHO-ENDO+BIOPSIE F/SALLE	1,00		3 620,84	3 620,84
			Sous-Total	3 620,84
PHARMACIE	1,00		3 279,16	3 279,16
			Sous-Total	3 279,16
Total Frais Clinique				6 900,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. BOUBADDI N. (ganstro enterologue)	1,00	ECHO-ENDO+BIOPSI	2 500,00	2 500,00
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	3 100,00
Total prestations externes				3 100,00

	Total général 10 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DIX MILLE DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	10 000,00				10 000,00	0,00

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: +212 5 22 27 94 00

ECHOENDOSCOPIE BILIO PANCREATIQUE

HAYAJ Mina

Casablanca le, 07/03/2024

Opérateur : Dr Boubaddi

Examen demandé par : Ddr R Adhi

Appareil : Pentax

Anesthésie : Dr Benny

Lieu : Clinique Atlas

Clinique

Nodule céphalique pancréatique avec dilatation du canal rincipan en amont

Examen

L'examen débute au genu inférius , crochet pancréatique montre une ectasie canalaire secondaire évoquant une TIPMP sans nodule mural cependant au retrait mise en évidence d'une dilatation kystique avec gros nodul mural au niveau isthmique faisant 25 mm de grand axe très suspect de TIPMP dégénérée avec envahissement du plexus veineux spléno mésaraique , sans adénopathie . Biopsies à l'aiguille 22 G Cook permettant de retirer des carottes et une lame . le retrait retrouve effectivement cette dilatation du Wiresung à 6 mm en rapport avec la TIPMP dégénérée isthmique . Foie homogène , lésion classée Ust3N0Mx . Biopsies

Conclusion

TIPMP dégénérée de l'isthme pancréatique avec envahissement vasculaire spléno mésaraique (180°) . Biopsies

Dr. BOUBADDI Nouredine
Spécialiste en Gastroentérologie
Polyclinique ATLAS
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 06 22 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/03/2024

Références

1 064 / PAYANT

Entrée / Sortie : 07/03/2024 - 07/03/2024

Le Dr. BOUBADDI N.

présente à Mme HAYAJ MINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
2 500,00 Dhs DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél: 05 22 27 94 94 - Fax: 05 22 27 90 00

Dr. BOUBADDI NOUREDDINE
Spécialiste en Gastroentérologie
Polyclinique ATLAS
27 Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél: 05 22 27 94 94 - Fax: 05 22 27 90 00

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/03/2024

Références

1 064 / PAYANT

Entrée / Sortie : 07/03/2024 - 07/03/2024

Le Dr. ANESTHESISTE REANIMATEUR

présente à Mme HAYAJ MINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
600,00 Dhs SIX CENTS DIRHAMS

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

Dr. MAJED EL BEN
ANESTHESISTE
REANIMATEUR
Gsm : 0663 65 97 79

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél: 05 22 27 94 94 - Fax: 05 22 27 90 00

Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient HAYAJ MINA	N° Facture 1 064	H530324
-------------------------------	-------------------------	---------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
DIPRIVAN	2	39,08	78,16
METHYLPREDNISOLO 120 MG INJ (01)	1	35,00	35,00
Sous-Total médicaments			113,16
AIG ECHO ENDO 22 FMICE	1	3 000,00	3 000,00
COMPRESSES PATIENT (001)	6	2,50	15,00
GANT JETABLE	6	6,00	36,00
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	20,00	20,00
OXYGENE PAR MN (001)	15	5,00	75,00
SERINGUE 05 CC	1	5,00	5,00
SERINGUE 10 CC (001)	3	5,00	15,00
Sous-Total consommable médical			3 166,00
(*) Conditionnement hospitalier	Total pharmacie		3 279,16

*Polyclinique Al Akh
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél : 0539 27 24 04 - Fax : 0539 27 24 05*

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 07/03/2024 Heure 11:18

Nom et Prénom du patient MmeHAYAJ MINA

Age ou Date Naissance 58 - 01/01/1967

N° Cin du patient ou du tuteur BK76529

Adresse LOT SIDI ABDERRAHMANE IMM 13 APPT 32 OULFA CASA

Téléphone 06 78 67 21 65

Personne à appeler en cas d'urgence 06 25 47 39 94

Médecin traitant BOUBADDI N.

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0
0,00

Motif d'hospitalisation ECHO ENDOSCOPIE + BIOPSIE

Affiliation à une couverture maladie

QUI

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

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 07/03/2024

Heure 11:25

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature



Chirurgie micro-invasive
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie Carcinologique

07/10/2024

Mme. HAYAT mina

- Echoendoscopie

Polyclinique Atlas
ACCUEIL

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0635 27 34 01 - Fax: 0635 97 86 07

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien Atlas-Cas.
Clinique Atlas-Cas.