

# 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 copié 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10444 Société :

Actif  Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FARSAINE Laïla

Date de naissance : 05.01.76

Adresse : Lot Les Bases 1 Imm G Apt 5 CIC

CASA

Tél. : 06 60001952 Total des frais engagés : 549,80 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 : THYROIDECTOMIE

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) :

### 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
29/03	Vaccination		450 DT	21, Rue Jean Jaurès - Casablanca Tél: 0527 27 04 84
20/24	ca-joint			RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES
				21, Rue Jean Jaurès - Casablanca Tél: 0527 27 04 84
				RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LONGCHAMP Rue Tazi Benlamlih Casablanca Tél: 0522 36 47 77	30/03/24	99.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

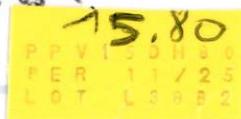
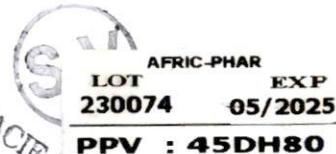
H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom/prénom : FARSANE LAINA

- 45,80 ➤ BELMAZOL 20 mg gel  
 01gel le matin avant repas pdt 07/05/24
- 14,80 ➤ DOLIPRANE 1 g Cp.  
 01 cp x 03/j après repas si douleurs.
- MEGAFLOX 500 mg Cp.  
 01cp x 02/j pdt 05/05/24



PHARMACIE LONGCHAMP  
 Rajaa TAZI BENLAMLIH  
 Rue Toulouse C.I.L - Casa  
 Tél : 05 22 36 47 51

- Le : 29/03/2024

Mme : PARSONE LAILA



*polyclinique Atlas*  
*ACCUEIL*  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél.: +212 522 27 94 94 | Fax: +212 522 27 90 00  
CNSS : 2347450 | Patente : 35508655 | IF : 01020723 | ICE : 002052274000046

*Dr. AT-BENOU Khadidja*  
*Dr. Sidi El Hafsi*



# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

**POLYCLINIQUE ATLAS**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc

Tel: +212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00

Coelio - Chirurgie  
Chirurgie générale  
Chirurgie de l'obésité  
Chirurgie carcinologique

## F A C T U R E

N° 1446 / 2024 du 29/03/2024

Nom patient	<b>FARSANE LAILA</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	29/03/2024	29/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
AIDE MED. INF. KS	1,00		50,00	50,00
ECG	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	250,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>250,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea usi)	1,00	V3	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total général</b>	<b>450,00</b>
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	450,00				450,00	0,00

polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : +212 5 22 27 34 94 - Fax : +212 5 22 27 00 45

Le : 29/03/2024

Références

1 446 / PAYANT

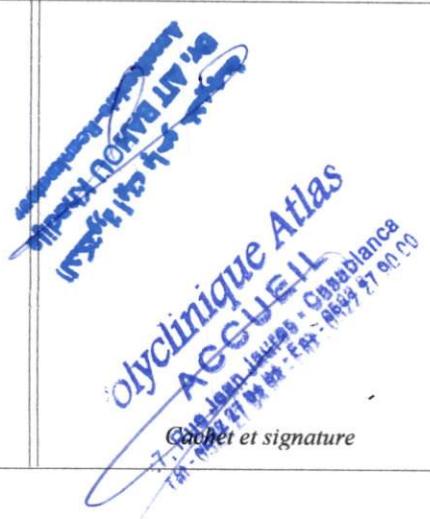
Entrée / Sortie : 29/03/2024 - 29/03/2024

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mme FARSAÑE LAILA

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

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



# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

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

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 29/03/2024 Heure 09:28

Nom et Prénom du patient MmeFARSANE LAILA Age ou Date Naissance 49 - 05/01/1976

N° Cin du patient ou du tuteur BK157084

Adresse ECE DE RESTINGA ESC 6 ETG 02 APPT 05 LES BASES CASA

Téléphone 06 60 00 19 52

Personne à appeler en cas d'urgence 066 57 20 50 50 // 06 51 22 56

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

0,00

Motif d'hospitalisation ...

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

POLYCLINIQUE ATLAS  
ACCUEIL

Mode de paiement PAYANT - R.A.M / MUP

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 29/03/2024

Heure

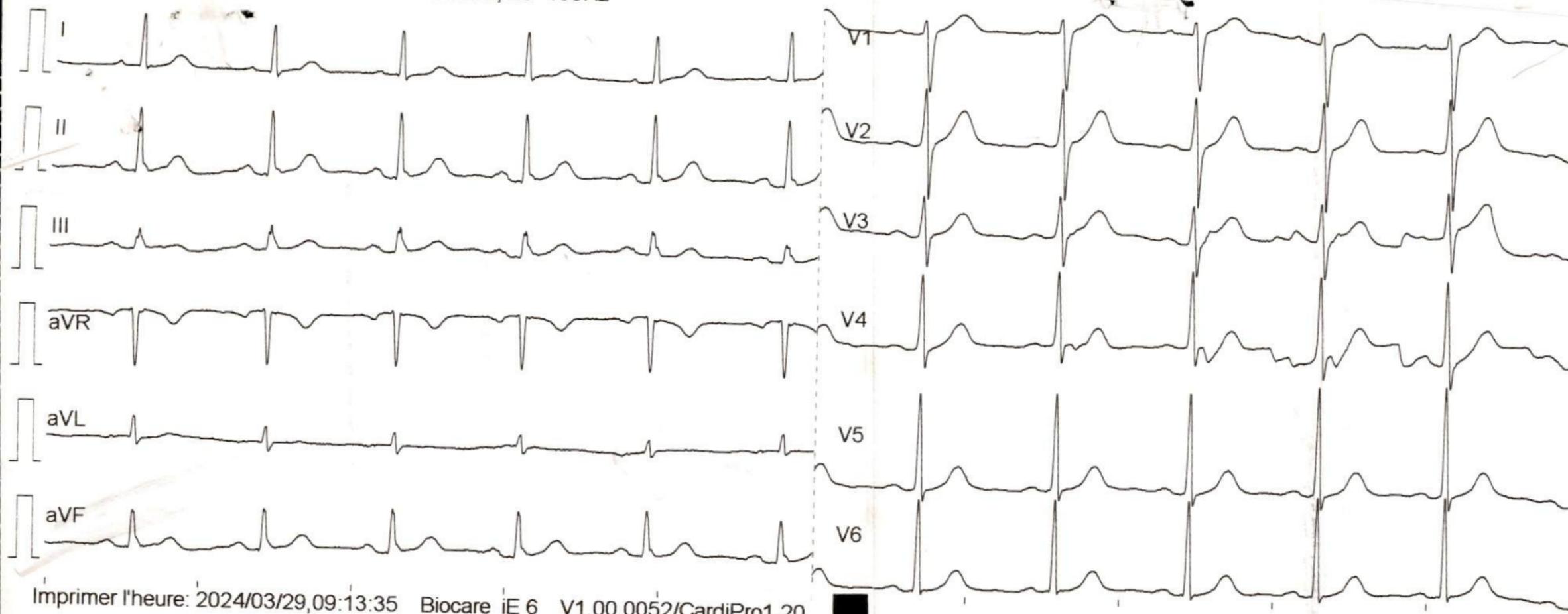
Durée d'hospitalisation (jours)

0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

34.016  
ID: 240329000 10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz



Imprimer l'heure: 2024/03/29,09:13:35 Biocare iE 6 V1.00.0052/CardiPro1.20

Nom:  
Numéro ID: 240329000  
Sexe:  
Réf-service:

Fréquence cardiaque: 70 bpm  
Durée P/QRS : 124/99 ms  
Axes P/QRS/T : 74/49/57°  
Tension RV5+SV1 : 2.63 mV

\*\*\*\*\* Analyse résultat \*\*\*\*\*  
8110 Rythme sinusal  
\*\*ECG normal\*\*

N° sous-ID:  
Âge:  
N° chambre:

Intervalle PR : 182 ms  
Intervalle QT/QTc : 395/412 ms  
Tension RV5/SV1 : 1.68/0.94 mV  
[Code Minnesota]  
941

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

Le docteur doit confirmer le rapport:  
Vider l'heure: 2024/03/29,09:13:47  
Imprimer l'heure: 2024/03/29,09:13:49 Biocare iE 6