

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 049488

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10444 Société : 202596
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FARSANE Laïla
Date de naissance : 05-01-76
Adresse : Lot Les Bases 1 Imm G Appt 5 Cte
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 : THERMOIDECTOMIE

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) :

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
29/03 2024	voir facture ci-joint		4500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/03/24

99,86

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

AM

PC

IM

IV

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 :

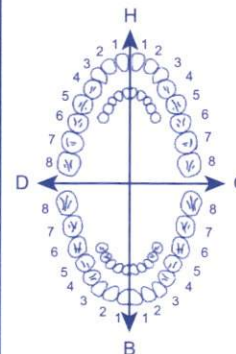
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 30/3/24

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

Nom/prénom : FARSANE LAM



AFRIC-PHAR

LOT
230074

EXP
05/2025

PPV : 45DH80

4580

➤ BELMAZOL 20 mg gel.

01 gel le matin avant repas pdt 07j

1480

➤ DOLIPRANE 1 g Cp.

01 cp x 03/j après repas si douleurs.

➤ ~~MEGAFLOX 500 mg Cp.~~

01 cp x 02/j pdt 05 j



15.80
 PPV 15.80
 PER 11/23
 LOT L38P2

40.00

Etiquette 2m

38j 103j

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
 EXP 09/2026
 LOT 36009 9



9980

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

Polyclinique Atlas
 ACCUEIL
 Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél : 05 22 77 94 94 - Fax : 05 22 77 90 00

- 20: 29/03/2024

Mme : FARSONE LAÏLA



Polyclinique Atlas
ACCUEIL
 27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél: +212 522 27 94 94 - Fax: +212 522 27 90 00

Dr. AT-BAHOU Khedidja
 06 05 22 27 94 94

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

F A C T U R E

N° 1 446 / 2024 du 29/03/2024

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

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AIDE MED. INF. K5	1,00		50,00	50,00
ECG	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	250,00
Total Frais Clinique				250,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea usi)	1,00	V3	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

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

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

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

Le : 29/03/2024

Références 1 446 / PAYANT

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

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mme FARSANE LAILA

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 distingué:

Signature
Polyclinique Atlas
ACCUEIL
Dr. Jean-Jacques - Chababianca
Tél : 06 99 27 94 84 - Fax : 06 99 27 90 20
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 29/03/2024 Heure 09:28

Nom et Prénom du patient Mme FARSANE 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

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

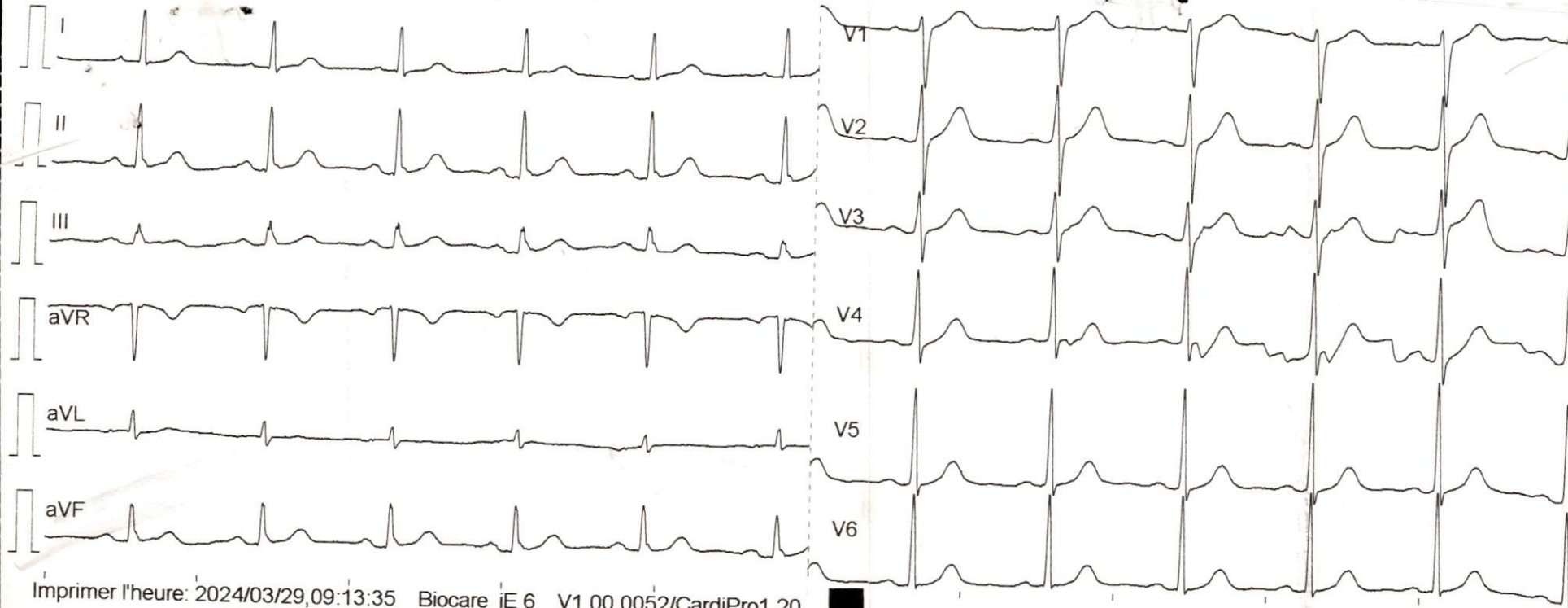
Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

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



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

N° sous-ID:
Âge:
N° chambre:

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

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

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

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

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

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