

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



ND: 31105

Déclaration de Maladie : N° P19-0022606

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6927 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : 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 : M. Benaf Rachid 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) :  ACCUEIL SIEGE RAM

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
18/06/2020	Van de l'art		200,00	
18/06/2020	Van de l'art		200,00	

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

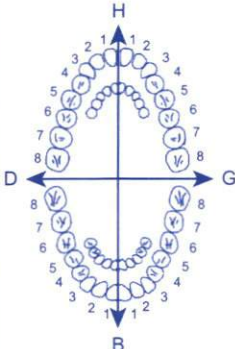
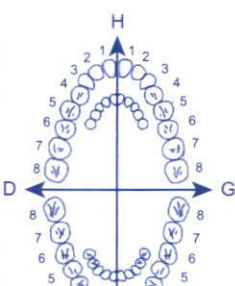
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT 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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														

LE 28/05/2020

MR/MME/MELLE. Kenali Bachan

Test Respiratoire de l'helicobacter pylori

Dr Kelboum MAZZOUZ
Spécialiste en Gastroentérologie
et Oncologie Digestive
Tél : 05 22 99 47 30

UREA BREATH TEST ANALYSIS HELICOSENSE SCIENTIFIC

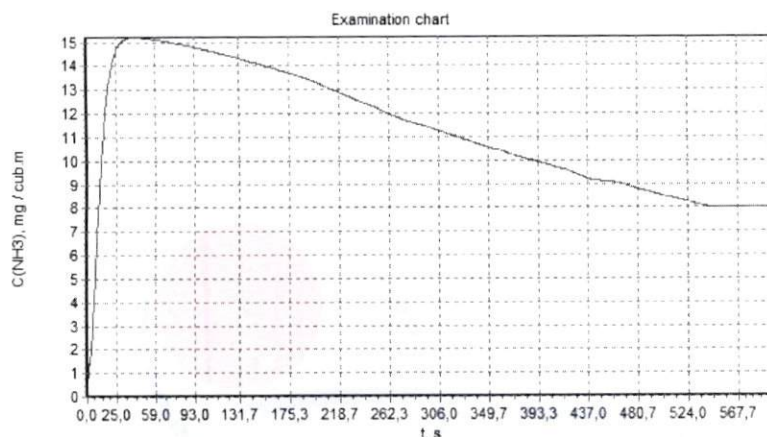
Visit No: 1 Examination date: 18.06.2020

Patient name: RACHIDA BENALI

Date of birth: mardi 13 avril 1965

Pain syndrome dynamic: first visit

General condition dynamic: first visit



I.I. (infection index): 0,71

Infection index meaning:

0 - 1.0 - negative

1.01 - 1.10 - slightly positive

1.11 and higher - positive

Interprétation: Test Respiratoire a l'urée est négative

Dr:MAAZOUZ

Dr Radhi

F A C T U R E

N° : 2629 / 2020 du 18/06/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BENALI RACHIDA	Payant	18/06/20	18/06/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
AIDE MED. INF. K5		1,00	50,00	50,00
			Sous/Total	50,00
Total clinique				50,00

DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	V2	1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
Total autres prestations				200,00

Arrivée à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	250,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
250,00		250,00			

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

F A C T U R E

N° : 2621 / 2020 du 18/06/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BENALI RACHIDA	Payant	18/06/20	18/06/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
TEST RESPIRATOIRE		1,00	800,00	800,00
			Sous/Total	800,00
Total clinique				800,00

Arrivée à la somme de :				TOTAL GENERAL	
HUIT CENTS DIRHAMS				800,00	
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
800,00		800,00			

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

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 18/06/2020 Heure 09:21

Nom et Prénom du patient Mme BENALI RACHIDA

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant MAAZOUZ KELTOUM

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

Motif d'hospitalisation .

Affiliation à une couverture maladie NON

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

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 18/06/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature

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

Le : 18/06/2020 11:34

Références

2629 / Payant

N°: 40374

Entrée / Sortie : 18/06/2020 - 18/06/2020

Le Docteur EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mme BENALI RACHIDA

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

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

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

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

Cachet et signature