

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.

phacie :

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.

éducation :

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 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.

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 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

ND : 31105

Déclaration de Maladie : N° P19-0022606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6923 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 : Allal Ben Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

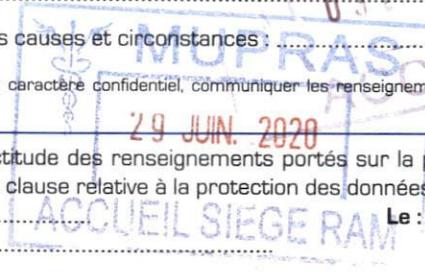
Nature de la maladie :

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) : 

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
18.06.1920	VEN. 1x1/2	100,00	100,00	Dr. MATEU ANESTHESISTE REANIMATEUR 1663 659 11b9 Casablanca 27.00
18.06.1920	VEN. 1x1/2	100,00	100,00	Dr. MATEU ANESTHESISTE REANIMATEUR 1663 659 11b9 Casablanca 27.00

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		D 00000000 00000000 35533411 11433553		
		G B		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

LE 25/05/2020

MR/MME/MELLE..... *Khalil Bachir*

Test Respiratoire de l'helicobacter pylori

Dr Keloum MAZZOUZ
Spécialiste en Gastroentérologie
et Ostéologie Digestive
Tél : 0522 99 47 30

UREA BREATH TEST ANALYSIS HELICOSENSE SCIENTIFIC

Visit No: 1

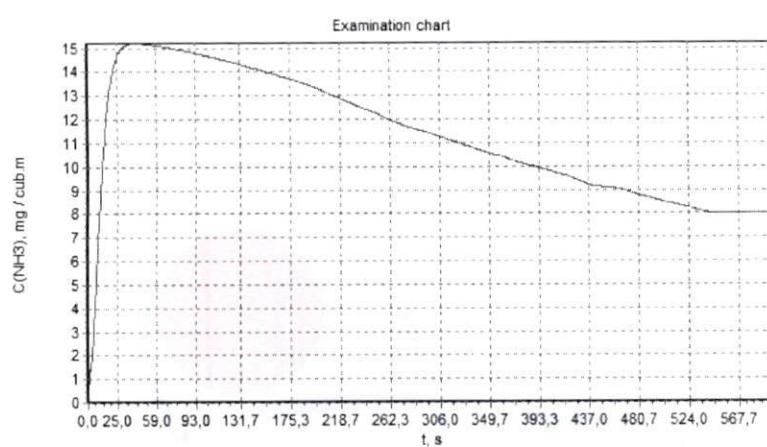
Examination date: 18.06.2020

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 à l'urée est négative

Dr:MAAZOUZ

Dr Radhi



POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

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° : 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

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

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



POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

+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° : 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

Arrêté à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	TOTAL GENERAL	800,00
800,00		800,00			

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

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 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

Le : 18/06/2020 11:34

Références 2629 / Payant
Entrée / Sortie : 18/06/2020 - 18/06/2020

N° 40374

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
ANESTHÉSISTE
RÉANIMATEUR
Gsm: 0663 65 97 79

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0522 27 91 94 - Fax: 0522 27 90 00
Cachet et signature