

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

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

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° W19-546565

37573

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01204

Société :

RA9

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHEUR NOUROUDINE

Date de naissance :

18/07/49

Adresse :

IDEY

Tél. :

066 166 4885

Total des frais engagés :

1000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/08/2020

Age :

Nom et prénom du malade :

BENEDICTON BAKERA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vésicule biliaire

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 :

CASABLANCA

Le : 25/08/20

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/08/12	Vésicule Bilatérale	la Cœur	INP : 0141848048	Dr. H. IDRISI GAITI SUD! Anesthésiste-réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11.10.2012	Vrai fracture G. Jolim	1000000

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX					
				MONTANTS DES SOINS					
				DÉBUT D'EXÉCUTION					
				FIN D'EXÉCUTION					
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
						MONTANTS DES SOINS			
						DATE DU DEVIS			
						DATE DE L'EXÉCUTION			
						[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION									

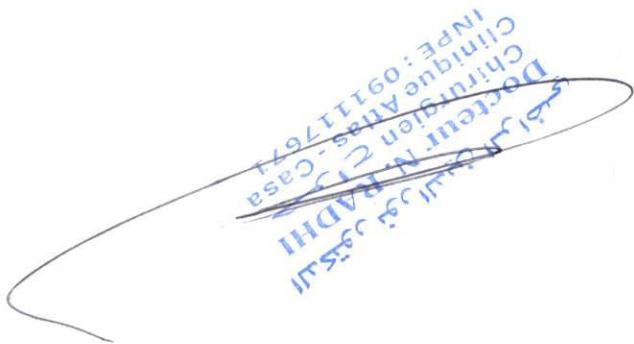
23/07/2022

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

Patient : Bejelloum Bouch

FAIRE SCANNER THORACIQUE

EN INSPIRATION PROFONDE





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° : 3860 / 2020 du 11/08/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BENJELLOUN BOUCHRA	Payant	11/08/20	11/08/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
T.D.M THORACIQUE	Z	1,00	750,00	750,00
				Sous/Total 750,00
				Total clinique 750,00
DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)	TDM	1,00	250,00	250,00
				Sous/Total 250,00
				Total autres prestations 250,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	1 000,00
MILLE DIRHAMS		

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
	CHQN°9766/AWB	1 000,00	1 000,00

Mme BENJELLOUN BOUCHRA

Le 11/08/2020

TDM THORACIQUE :

Technique : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

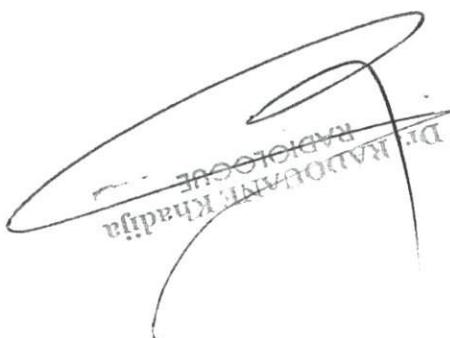
Résultats :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable
- Absence de foyer évolutif décelable
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte
- Hernie hiatale par glissement

Conclusion :

- Hernie hiatale par glissement
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

Confraternellement



Dr. RADOUANE Khadja
Radiologue

Le : 11/08/2020 15:00

Références 3860 / Payant
Entrée / Sortie : 11/08/2020 - 11/08/2020

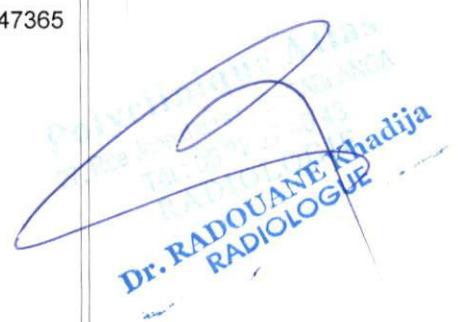
N°:47365

Le Docteur RADOUANE KHADIJA

présente à Mme BENJELLOUN BOUCHRA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
250,00 Dhs (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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



Cachet et signature

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 11/08/2020 Heure 14:53

Nom et Prénom du patient Mme BENJELLOUN BOUCHRA Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

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 11/08/2020 Heure Durée d'hospitalisation (jours) 0,00

Nom et prénom du signataire

Signature