

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-447846

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1506

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHRHOU L DRISSIA

Date de naissance :

12/09/1953

Adresse :

68, Rue Aboumarouane Abdelmalek Apt 38
Résidence DOUNIA Hopitaux EXT. CASABLANCA

Tél. :

06 61 31 69 06

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. IDRISSE GAITOUNI
Anesthésiste-réanimateur

Date de consultation :

20/02/2020

Nom et prénom du malade :

CHRHOU L DRISSIA Age: 66

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs Abdominales

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASABLANCA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
20/02/2020	Voir facture	73004	INF 90008378	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/2/2020	108,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

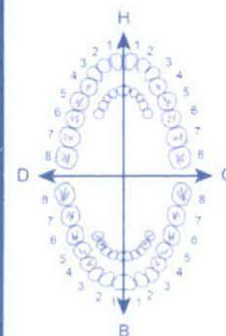
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/02/2020	ECHO	2000 H

AUXILIAIRES MEDICAUX

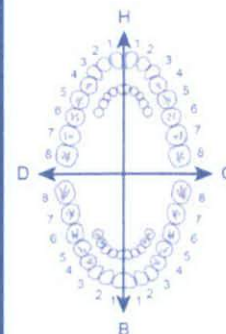
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le 20-02-2020

Mme CHZHOOL DRESSA

149,50

1) Spectrum Soump



1cp x 21j pelt 7 jours

2) Flagyl Soump



1cp x 21j pelt 7 jours

120,40

3) Metosparmyl cp



1cp x 31j

92,60


4) Inoxim Soump



1cp x 7j pelt 7 jours



Dr. H. IDRISSE GANOU
 Anesthésiste-réanimateur

5) Ultracaine long sechet 
 38.10.12 sechet x 2, felt logeur

PHARMACIE EL TOFAÏL
 SEBTK EL TOUSAÏ
 61 Bd Anoual - CASABLANCA
 Téléphone : 022.86.34.68

Clinique Atlas
ACCUEIL
 Rue Jean Jaures - Casablanca
 Tél : 0522 77 94 94 - Fax : 0522 27 80 00

DR. H. DRISSI GATTOUNI
 Anesthésiste - Réanimateur

SYNTHEMEDIC
 70 rue zoubeyr brou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boîte 14
 640150MP/21NRO P.P.V. : 92.60 DH

 6 118001 020591

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

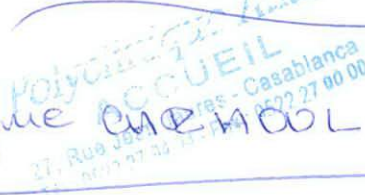
 6 118001 100293

مجموعة صنف صالح لغاية
 3474 06/19 06/22
 BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

3474 06/19 06/22
 BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

149,50

le 20-02-2020


Mme ANMOUL DRESSA

- Obèses
- ATQ = Dyslipidémie
- Consultation pour trouble Abdominal
- Vomissements
- Examen Clinique =
Abdomen Hépatomégalie, Splénomégalie
Ictère choleux - Chirurgie = AS



↳ 22 Echographie Abdominale

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

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : CHRHOUL DRISSIA

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CLOPRAME 10mg INJ (10)(1)	2,00	3,00	6,00
NO-SPA 40 mg INJ (05)(1)	1,00	4,00	4,00
OEDES 40 MG/1AMP INJ (01)	1,00	60,00	60,00
PERFALGAN 1 G INJ (12)(1)	1,00	30,00	30,00
Sous-Total pharmacie			100,00
PERFUSEUR (001)	1,00	20,00	20,00
SERINGUE 10 CC (001)	1,00	10,00	10,00
Sous-Total parapharmacie			30,00
Total pharmacie			130,00

Polyclinique Atlas

 21 Rue Jean Monnet - Casablanca

 Tél: 0539 97 94 41

FACTURE

N° : 1035 / 2020 du 20/02/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme CHRHOUL DRISSIA	Payant	20/02/20	20/02/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
AMBULTOIRE	S	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
PHARMACIE		1,00	130,00	130,00
			Sous/Total	130,00
Total clinique				430,00

DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	V3	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	300,00
Total autres prestations				300,00

Arrêtée à la somme de : SEPT CENT TRENTE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	730,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
730,00		730,00			

Le : 20/02/2020 14:19

Références 1035 / Payant
Entrée / Sortie : 20/02/2020 - 20/02/2020

N° 530756

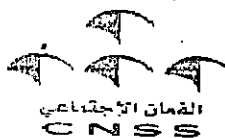
Le Docteur **EQUIPE REANIMATEURS**présente à **Mme CHRHOUL DRISSIA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

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

Dr H. IDRISSI GAITOUNI
Anesthésiste-Réanimateur

Cachet et signature

Polyclinique Atlas
27 Rue Jean Jaurès
Casablanca
Tél : 0522 27 84 84
Fax : 0522 27 80 80



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 20/02/202

Patient (e) : CHRHOUL DRISSIA

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène
- Vésicule biliaire alithiasique et à paroi fine
- Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et des voies biliaires extra-hépatiques.
- Le tronc porte est de calibre normal et perméable.
- Rate et pancréas sont homogènes de taille normale
- Reins de taille normale bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices
- Vessie semi pleine sans anomalies endoluminales
- Absence d'épanchement intra-péritonéal
- Pas de masse ni de collection profonde
- Météorisme abdominal diffus et aérocolie
- FID libre sans visualisation d'appendice pathologique

CONCLUSION :

- Météorisme abdominal diffus et aérocolie
- Pas d'autres anomalies notables

A corrélér aux données clinico-biologiques

Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1135032	N° SEJOUR : 200014644	FACTURE N° 2003001490		DATE D'ENTREE : 20/02/2020		DATE DE SORTIE : 20/02/2020				
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : CHRHOUL,Drissia						
MALADE : CHRHOUL,Drissia										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 20/02/2020	EDITEE LE : 20/02/2020	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

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 20/02/2020 Heure 03:00

Nom et Prénom du patient MmeCHRHOUL DRISSIA

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant IDRISI QUAITONI HAMZA A

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

Dr. H. IDRISI GATOUNI
Anesthésiste-réanimateur

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 20/02/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature

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