

## 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 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 |

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.

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
		Cadre réservé à l'adhérent(e)		(22187)			
		Matricule :		1506			
		<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre	
		Nom & Prénom :		CHR HOU L DRISSIA			
		Date de naissance :		12 / 09 / 1953			
		Adresse :		68, Rue Aboumarouane Abdelmalek API 38 Résidence SOUNIA Hopitaux EXT. CASABLANCA			
		Tél. :		06 61 31 69 06		Total des frais engagés :	
Dhs							

Cadre réservé au Médecin							
Cachet du médecin :							
Dr. H. IDRISI QAITOUNI Anesthésiste-réanimateur							
Date de consultation : 20 / 02 / 2020							
Nom et prénom du malade : CHR HOU L DRISSIA Age: 66							
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la loi relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : CHABLA  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 21/02/2020



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien Ordre Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/2/2010	408,59

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

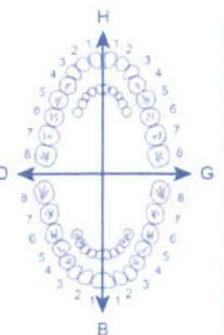
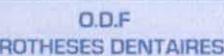
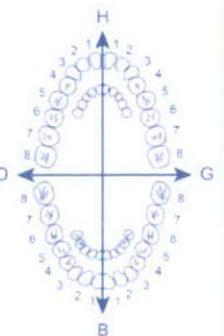
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>ELIOU LI Omer Médecin Radiologue 101183531</b>	20/02/2020	ECHO	10000 F

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

212 522 27 94 94  
Rue Jean Jaurès - Casablanca  
MC GUELL

le 20-02-2020

1me CURHOOOL DRESSIN

M9,50

1) Spectrum Somp



1cp x 2lj pât fijrs

M9,80

2) Flagyl Somp



1cp x 2lj pât spârs

M14,00

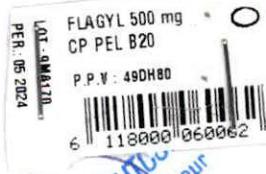
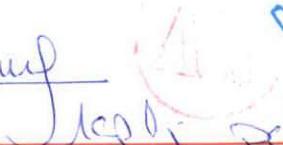
3) Metocarbamyl cp



1cp x 3lj

M2,60

4) Inexin Somp



Dr. H. IDRISSI GATHO  
Anesthésiste-réanimateur

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V.: 48DH80

s) Ultraléger long secher AS

37.10.2021

secher x 2 l flt logue

~~C.PHARMACEUTIQUE SEBTA  
51, Bd Annouar - Casablanca  
Téléphone : 022.86.34.68~~

**Clinique Atlas**  
**ACCUEIL**  
Sue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

SYNTHEMEDIC  
72 rue zoubir houa al aouam roches  
noiret casablanca  
INEXIUM  
20 mg Opc GR  
Boite 14  
640150MP/21INRQ P.P.V: 92.60 DH  
B 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

مدونة	صحي	صالح لغاية
3474	06/19	06/22
BIOCODEX MAROC PPV	38.10 DH	

مدونة	صحي	صالح لغاية
3474	06/19	06/22
BIOCODEX MAROC PPV	38.10 DH	

**149,50**



polyclinique **Atlas**  
ANFA

QY

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

le 20 - 02 - 2000

polyclinique **Atlas**  
Centre d'accueil et de soins - Casablanca  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca | Tel: +212 522 27 90 00 | Fax: +212 522 27 90 00



- Géaux

- ATD = Dyslipidémie

- Consulte pour écoulement

Joumisse t-

- Examen Clinique =

Abdome Hétéroïde, souff.  
Iecelle claire - Oligo-liquide : 25

CSN 3 Echographie  
Abdominale

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tel: +212 522 27 94 94 | Fax: +212 522 27 90 00

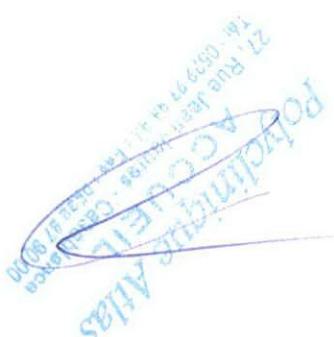
27, Rue Jean Jaurès, Quartier Gauthier - Casablanca | Tel.: +212 522 27 94 94 | Fax: +212 522 27 90 00

CNSS : 2347450 | Patente: 35508655 | IF: 01020723 | ICE: 002052274000046

**ANNEXE PHARMACIE**

Nom patient : CHRHOUL DRISSIA

<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Montant</b>
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
<b>Sous-Total pharmacie</b>			<b>100,00</b>
PERFUSEUR (001)	1,00	20,00	20,00
SERINGUE 10 CC (001)	1,00	10,00	10,00
<b>Sous-Total parapharmacie</b>			<b>30,00</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>130,00</b>





# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICIPPLINAIRE

+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° : 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
			<b>Sous/Total</b>	<b>300,00</b>
PHARMACIE		1,00	130,00	130,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>130,00</b>
			<b>Total clinique</b>	<b>430,00</b>
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	V3	1,00	300,00	300,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>300,00</b>
			<b>Total autres prestations</b>	<b>300,00</b>

Arrêtée à la somme de :				
SEPT CENT TRENTÉ DIRHAMS				
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	<b>TOTAL GENERAL 730,00</b>
730,00		730,00		

27, Rue Jean Jaurès, quartier Gauthier - Casablanca  
Polyclinique Atlas  
PATENTE N° 35508655 ICE 002052274000046 IF 01020723 CNSS 2347450

**POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

A-

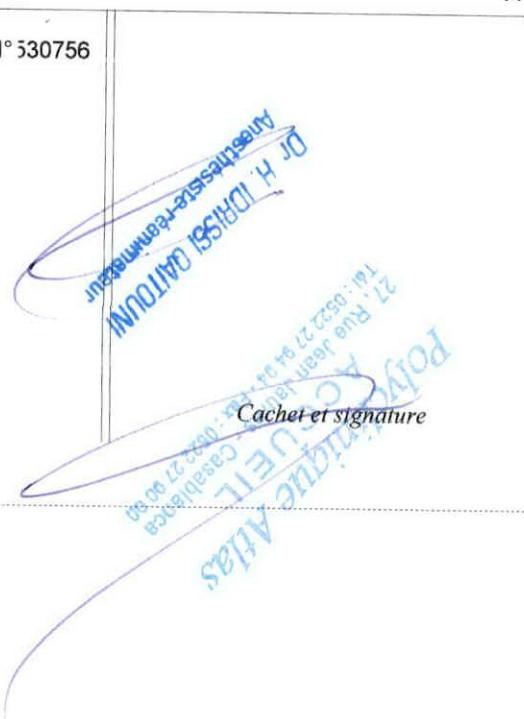
Le : 20/02/2020 14:19

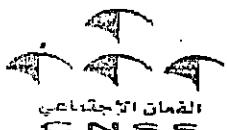
Références 1035 / Payant  
Entrée / Sortie : 20/02/2020 - 20/02/2020

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.

*Cachet et signature*



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

I.R.M  
(1.5 Tesla)

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

# SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 20/02/2012

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 corréler aux données clinico-biologiques*

Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar  
Médecin Radiologue  
INPE : 101183531

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalef  
 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	<b>FACTURE N° 2003001490</b>				DATE D'ENTREE : 20/02/2020		DATE DE SORTIE : 20/02/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	CHRHOUL,Drissia				UF: 5003 RADIOLOGIE		CHRHOUL,Drissia				
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>	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				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>							
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalef			
				BANQUE :				BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :				011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

# 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 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 QUAITONI  
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*