

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° P19- 0041886

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **21622**

Matricule : **6794** Société : **RAH**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Rehale**
 Nom & Prénom : **OUHAFA SA. Neel**
 Date de naissance : **1-1-1952**
 Adresse : **3 lots les Figueurs Air Sebces**
 Tél. : Total des frais engagés : **2698,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : 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 : **11/03/20**
 Signature de l'adhérent(e) :

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
28/02/2020	C3			
28/02/2020				
28/02/2020				

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
28.2.2020		S.O.D.	

AUXILIAIRES MEDICAUX

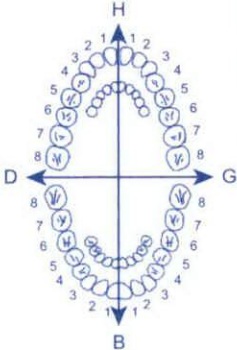
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

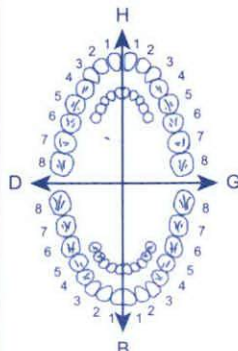
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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

	<div>H</div> <div>25533412 21433552 00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000 35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	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

28/02/2020.

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

Mr. OU HAFSA. Mohamed

+ De l'examen anatomopathologique

de la pièce d'excision

Docteur N. KADHI
Chirurgie
Polyclinique Atlas

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : OUHAFSSA MOHAMMED

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
HYPNOVEL 1mg INJ (05)(1)	1,00	17,38	17,38
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)(1)	1,00	7,87	7,87
Sous-Total pharmacie			25,25
COMPRESSES PATIENT (001)	10,00	2,50	25,00
ELECTRODES ADULTE (001)	3,00	5,00	15,00
ETHICRIN 2/0 CT (001)	1,00	40,00	40,00
FLUIDES MEDICAUX LR par mn (001)	15,00	1,50	22,50
GANT STERILE 7,5 (001)	1,00	10,00	10,00
INTRANULE ROSE 20 GA (001)	1,00	20,00	20,00
LAME BIS -11 S-MORT (001)	1,00	10,00	10,00
LUNETTE A O2 (001)	1,00	20,00	20,00
SERINGUE 05 CC (100)(1)	1,00	5,00	5,00
SERINGUE 10 CC (001)	1,00	10,00	10,00
VICRYL 3/0 CR (001)	1,00	80,00	80,00
Sous-Total parapharmacie			257,50
Total pharmacie			282,75

Polyclinique Atlas
 AGENCE
 27, Rue Jean Jaures - Casablanca
 Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com
Patenté 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE

REF : 20/2000

Casablanca, le 10/03/2020

Date de facturation	10 / 03 / 2020
Médecin traitant	DR RADHI
Patient	OUHAFSA MOHAMED - 058693
Demande	H00228014 - 28/02/2020

Liste des examens

A Payer	500,00	Dhs
coefficient-P	455	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

(Signature)
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24

FACTURE

N° : 1190 / 2020 du 28/02/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr OUHAFSSA MOHAMMED	Payant	28/02/20	28/02/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
BLOC OPERATOIRE		1,00	617,25	617,25
			Sous/Total	617,25
PHARMACIE		1,00	282,75	282,75
			Sous/Total	282,75
Total clinique				900,00

DR. EQUIPE CHIRURGIEN (chir.générale/co)		1,00	900,00	900,00
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	V2	1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	1 100,00
Total autres prestations				1 100,00

Arrêtée à la somme de :	
DEUX MILLE DIRHAMS	TOTAL GENERAL 2 000,00

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
	7667/BMCI 2 000,00	2 000,00	

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



CASAPATH

RECU LE : 28/02/2020

EDITE LE : 04/03/2020

NOM & PRENOM : OUHAFFA MOHAMED

PRESCRIPTEUR : DR RADHI

AGE : 68 ans

Code Patient : 058693

N/REF : 00228014

ORGANE : NUQUE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Tumeur de la nuque

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Parvenu une masse nodulaire encapsulée mesurant 1,5 cm. A la coupe, l'aspect est adipeux homogène.

A l'examen histologique, il s'agit d'une prolifération adipeuse faite de lobules réguliers composés d'adipocytes matures. Ces lobules sont séparés par de fines bandes de fibrose riche en capillaires congestifs. Il n'est pas noté d'atypies cytonucléaires ni de remaniements.

CONCLUSION :

- Lipome mature.
- Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE
Anatomo-Pathologiste
Centre de Pathologie Casapath
6, Rue des Hôpitaux Rés. du Parc
- Casablanca -
Tél: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24

COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM : Mr. OUHAFSA
PRENOM : Mohamed
AGE : Né en 1952
MEDECIN CHIRURGIEN : Dr. RADHI
MEDECIN ANESTHESISTE : Dr. EL BENNY
DATE : 28.02.2020
CLINIQUE : Atlas

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Lipome de la nuque

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- Sous Neurolept
- Dissection du lipome
- Exérèse du lipome
- Vérification hémostase
- F.P.P.P

Docteur N. RADHI
Chirurgie
Polyclinique Atlas

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

FA

Le : 10/03/2020 13:44

Références 1190 / Payant
Entrée / Sortie : 28/02/2020 - 28/02/2020

N° : 31587

Le Docteur ANESTHESISTE REANIMATEUR

présente à Mr OUHAFSSA MOHAMMED

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. H. IDRISSY GAITOUNI
Anesthésiste-réanimateurPolyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 04 44 - Fax : 0522 27 00 00

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

FA

Le : 10/03/2020 13:44

Références 1190 / Payant
Entrée / Sortie : 28/02/2020 - 28/02/2020

N° : 31588

Le Docteur EQUIPE CHIRURGIENS

présente à Mr OUHAFSSA MOHAMMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
900,00 Dhs (NEUF CENTS DIRHAMS)

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

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas-Casa

Cachet et signature

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 28/02/2020 Heure 12:34

Nom et Prénom du patient Mr OUHAFSSA MOHAMMED

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant RADHI NOUREDDINE

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas-Casa

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 28/02/2020

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