

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.

N° W19-417192

ND: 28142

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9721	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GADOURI RACHID			
Date de naissance : 07-26-1967			
Adresse : 126 JANAT AL BASSA NASSIM JSSL Amal			
Tél. : 0678061086	Total des frais engagés : 2892,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AHMACH AMAL Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASA Le : 23/06/2020
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-417192
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/03 2020	3 Visiteur M. B. Chirurgien C. C. Anesthésiste A. A.	200004	INP : 09M11767n	
11/03 2020	VISITEUR M. B. Chirurgien C. C. Anesthésiste A. A.	242000H		MAAZOUT Signature Date 39/03/2020 Signature Attestation Cas

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASAVIEW e Comercial Casaview im Island Casablanca Tél. 0522 69 64 64	11/03/2020	219,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	70.3.20		142.20

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		AM	PC	IM	IV	
SDIPH Rue Iba Khatima - Casablanca Tél : (212) 5.22.21.79.85 Fax : (212) 5.22.21.79.85	11/03 2020					150DH

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le 11 10 31 9.080.

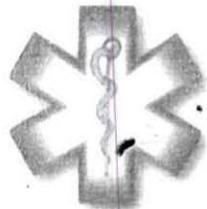
M A Rhmach Amal.

Ans a Bégaïé

SDIPH
12, Rue Ibn Khatima - Casablanca
Tel: (212) 5.22.27.79.83
Fax: (212) 5.22.27.79.85

Polyclinique Atlas
27 Rue Jean Jaurès Casablanca
Tél: 022 27 94 94 Fax: 022 27 90 00

Kelloum MAAZOU
Casablanca - Quartier Gauthier
Tél: 022 27 94 94 Fax: 022 27 90 00



SDIPH

Équipement et consommable médical

SDIPH
12, Rue Ibn Khatima - Casablanca
Tél : (212) 5.22.27.79.83
Fax : (212) 5.22.27.79.85

Casablanca LE

BON DE COMMANDE N° :

BON DE LIVRAISON N° :

FACTURE N°23/2019

DÉSIGNATION	QTE	P. U TTC	P. TOTAL TTC
Pince a biopsie colique Ref:CJ-PAT-23-230	1	150,00	150,00
ARRÊTEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :		TOTAL TTC,	150,00
CENT CINQUANTE DHS,TTC			

SDIPH
12, Rue Ibn Khatima - Casablanca
Tél : (212) 5.22.27.79.83
Fax : (212) 5.22.27.79.85

SDIPH S.A.R.L. AU CAPITAL DE 400.000 DHS-RC 106025-PATENTE 36330945-I.F. 2222607-CNSS
6182076- ICE 001533081000011 - COMPTE BANCAIRE : SOCIÉTÉ GÉNÉRAL MAROCAINE DE BANQUES
ABENCE ABDELMOUNEN, CASABLANCA COMPTE N° 022 780 000 043 00 053026 29 74

COURRIEL : SDIPH01@gmail.com

TEL : +212 522 277 983

FAX : +212 522 277 985

SIÈGE SOCIAL: 12 ANGLE RUE IBNOUKHATIMA - QUARTIER DES HÔPITAUX - CASABLANCA, MAROC.

Casablanca le, 10/03/2008

Mme. Melle. Mr.

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS + Plaquettes | <input type="checkbox"/> GROUPAGE |
| <input checked="" type="checkbox"/> TP - TCK | <input type="checkbox"/> VS |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> ELECTROPHORESE DE PROTEINE PLASMATIQUE |
| <input type="checkbox"/> PROCALCITONINE | <input type="checkbox"/> IONNOGRAMME COMPLET |
| <input type="checkbox"/> HB GLYQUE | <input checked="" type="checkbox"/> GLYCEMIE |
| <input type="checkbox"/> UREE | <input type="checkbox"/> AC anti nucléaire |
| <input checked="" type="checkbox"/> CREATININE | <input type="checkbox"/> AC anti DNA natifs |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminases | <input type="checkbox"/> Fibrinogène |
| <input type="checkbox"/> BILIRUBINE | <input type="checkbox"/> CHOLESTEROL |
| <input type="checkbox"/> TRIGLECERIDES | <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE |
| <input type="checkbox"/> PHOSPHATASE ALCALINE | <input type="checkbox"/> Copro parasitologie |
| <input type="checkbox"/> AMYLASEMIE | <input type="checkbox"/> Ferretine |
| <input type="checkbox"/> LIPASEMIE | <input type="checkbox"/> Aghbs |
| <input type="checkbox"/> γ GT | <input type="checkbox"/> HCV |
| <input type="checkbox"/> Test respiratoire de l'Hélicobacter pylori | <input type="checkbox"/> Charge virale par PCR |
| <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> T4 LIBRE | <input type="checkbox"/> TPHA |
| <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> CA19.9 | <input type="checkbox"/> CMV |
| <input type="checkbox"/> CA 125 | <input type="checkbox"/> VIDAL ET FELIX |
| <input type="checkbox"/> ACE | <input type="checkbox"/> ECBU |
| <input type="checkbox"/> AFP | |
| <input type="checkbox"/> CA153 | |

دكتور نور الدين الراضي
Dr. N. RADHI
Chirurgie Générale
Polyclinique Atlas - Casablanca



Polyclinique Atlas

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

KLEAN PREP ou FORTRANS

01 SACHET / LITRE x 4 SACHETS

LA VEILLE DE L'EXAMEN

~~PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khodja Ep. MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maarif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24~~

DE 10H 1 2 3

maphar 
Z. Zenata, Ain Sazã, Casablanca, Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH

LOT : P08362
Exp : 03/2022

A MIDI : Régime sans rési 6118001181209

LE SOIR : Tisane + bouillon

+ enter I floors
Sips Col Hemingway

دكتور ن. راضي
Docteur N. RADHI
جراحة عامة

ANNACT

Anal

37.00

1) Daxol

= 25 

X
male

X
male

1
60

109.00

2) ADA x aine fard

1g
1mg



1app + 1

73.50

3) Enrox aech

1 pach x 2

219.50

PHARMACIE CASAVIEW
Centre Commercial Casaview
Nassim Islane - Casablanca
Tel. 0522 69 64 64

maphar
Z. Zarea Al-Saadi, Casablanca, Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

LOT : P15834
Exp : 06/2022

Keltoum MAAZOUZ
Gastroenterologue
Casablanca 105 22 99 47 36
INPE/09.11.66.77

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : AHMACH AMAL

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)(1)	1,00	11,00	11,00
PROPOFOL 20mg/ml AMP (01)	1,00	46,00	46,00
Sous-Total pharmacie			57,00
CD (012)(1)	1,00	50,00	50,00
COMPRESSES PATIENT (001)	4,00	2,50	10,00
FLUIDES MEDICAUX LR par mn (001)	10,00	1,50	15,00
GANT JETABLE (050)(1)	4,00	2,00	8,00
INTRANULE ROSE 20 GA (001)	1,00	20,00	20,00
LUNETTE A O2 (001)	1,00	20,00	20,00
SERINGUE 10 CC (001)	2,00	10,00	20,00
Sous-Total parapharmacie			143,00
Total pharmacie			200,00

clinique Atlas
 FACTURATION
 27 Rue Jean Jaures Casablanca
 Tel: 022 27 94 94 Fax: 022 27 90 00



POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

+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° : 1430 / 2020 du 11/03/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme AHMACH AMAL	Payant	11/03/20 11/03/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
COLONOSCOPIE F/SALLE	K	1,00	860,00	860,00
			Sous/Total	860,00
PHARMACIE		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
Total clinique				1 060,00

DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	k	1,00	300,00	300,00
DR. MAAZOUZ KELTOUM (gastro enterologue)	k	1,00	1 060,00	1 060,00
Total autres prestations				1 360,00

Arrêtée à la somme de : DEUX MILLE QUATRE CENT VINGT DIRHAMS	TOTAL GENERAL	2 420,00

Polyclinique Atlas
FACTURATION
27 Rue Jean Jaurès Casablanca
Tél: 022 27 94 94 Fax: 022 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES**

AC

Le : 11/03/2020 11:30

Références 1430 / Payant
Entrée / Sortie : 11/03/2020 - 11/03/2020

N° i33112

Le Docteur **ANESTHESISTE REANIMATEU**présente à **Mme AHMACH AMAL**sa note d'honorai^{re}re s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)et le prie d'agr^{er}re l'expression de ses sentiments distingués.*polyclinique Atlas
FACTURATION
27 Rue Jean Jaures Casablanca
Tel: 022 27 94 94 Fax: 022 27 90 00**Cachet et signature***POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

AC

Le : 11/03/2020 11:30

Références 1430 / Payant
Entrée / Sortie : 11/03/2020 - 11/03/2020

N° i33113

Le Docteur **MAAZOUZ KELTOUM**présente à **Mme AHMACH AMAL**sa note d'honorai^{re}re s'élevant à la somme de
1 060,00 Dhs (MILLE SOIXANTE DIRHAMS)et le prie d'agr^{er}re l'expression de ses sentiments distingués.*polyclinique Atlas
FACTURATION
27 Rue Jean Jaures Casablanca
Tel: 022 27 94 94 Fax: 022 27 90 00**INPE 09.11.96.77
Casablanca
Oasis 34-35-36-37-38
KELTOUM MAAZOUZ
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 11/03/2020 Heure 11:21

Nom et Prénom du patient MmeAHMACH AMAL

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

MAAZOUZ KETOUM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0.00

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie

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 11/03/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours) 0,00

Nom et prénom du signataire

Signature