

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-588741

54674

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : SALIS		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEWAB DALLA			
Date de naissance : 25-06-1962			
Adresse : 905 Rue ABDELLAH JAMAL			
Tél. : 06 91 51 07 73		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR. A. EL KHATIB Gastro-Entérologie - Proctologie Brs. Les Fleurs 59, Bd Zekrouni Casablanca - Tél. : 05 22 20 21 12			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BERRADA GOUZI Smail Age: 52			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Nez de rectum.			
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 : **28/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/12/2022**

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
23.1.11	Voir facture	DR. A. E. GASTROENTEROLOGIE	DR. A. E. GASTROENTEROLOGIE	DR. A. E. GASTROENTEROLOGIE
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

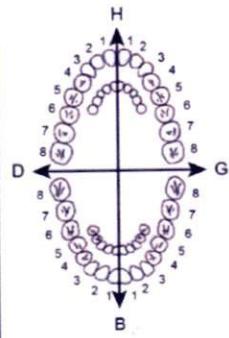
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

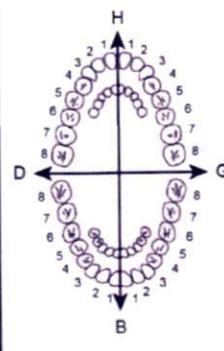
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Début d'exécution	
Fin d'exécution	
Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	
Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المتطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفيابض - الإشعاعي التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE

23/11/2020

Chez mon frère

Mme BENNANI Gouzi Samia est venue depuis
 01/2020 pour une opération rectum avec le bypass
 opéré de 2 étapes (rectum + Anostomose TT) +(OIA)
 une TDM abdominopelvienne a montré un
 épannemant colon droit nécessitant une
 coloscopie + bypass
 une préparation faite à base de Fatrany
 sur 2 jours

Dr M. BENNANI
 Anesthésiste - Réanimateur
 INP : 091027007

COLOSCOPIE

BERRADA GOUZI Samira

Casablanca le, 23/11/2020

Opérateur : Dr El Khalifa
Appareil : Olympus
Anesthésie : Dr Idrissi
Lieu : Clinique Atlas

Clinique

Neo du rectum métastatique opéré actuellement sous RTH
Occlusion avec à la TDM aspect d'épaississement du colon droit

Examen

Préparation colique médiocre permettant une progression jusqu'au colon droit.
Présence de nombreux gros fécalomes à partir du colon transverse obstruant la lumière

On note à 35 cm de la marge anale environ la présence d'un processus ulcéreux dur à la biopsie. Biopsies.

Ras par ailleurs des limites de la très mauvaise préparation

Conclusion

Nombreux gros fécalomes obstruant la lumière colique et empêchant la progression.
Petit processus d'1 cm ulcéreux au niveau du colon transverse à confronter aux données histologiques

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Casablanca - Tel : 05 22 20 24 22

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

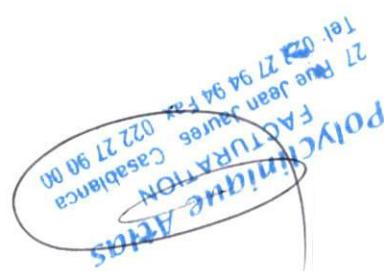
F A C T U R E

N° : **6052 / 2020** du **23/11/2020**

Nom du patient.	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BERRADA GOUZI SAMIRA	Payant	23/11/20	23/11/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
COLONOSCOPIE F/SALLE	K	1,00	860,00	860,00
LAVEMENT EVACUATEUR		3,00	150,00	450,00
			Sous/Total	1 310,00
PHARMACIE		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
			Total clinique	1 510,00
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	k	1,00	300,00	300,00
DR. EL KHALIFA ASMAA (ganstro enterolo)	k	1,00	1 060,00	1 060,00
			Sous/Total	1 360,00
			Total autres prestations	1 360,00

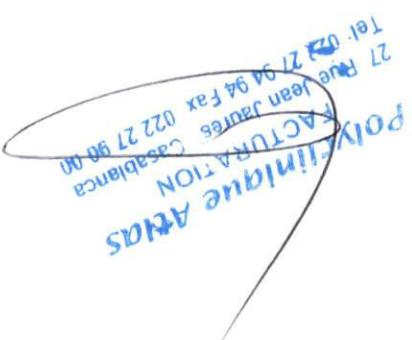
Arrêtée à la somme de : DEUX MILLE HUIT CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS	TOTAL GENERAL	2 870,00



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BERRADA GOUZI SAMIRA

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


 POLY-clinique ATLAS
 FACTURATION
 Tél. 02 27 91 94 Fax 022 27 90 00
 27 Rue Jean Jaurès Casablanca

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES**

AC

Le : 23/11/2020 14:19

Références 6052 / Payant
Entrée / Sortie : 23/11/2020 - 23/11/2020

N° 59075

Le Docteur **ANESTHESISTE REANIMATEU**présente à Mme **BERRADA GOUZI SAMIRA**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.

Polyclinique Atlas
Rue Jean Jaurès Casablanca
27 94 94 Fax 022 27 90 N.
Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES**

AC

Le : 23/11/2020 14:19

Références 6052 / Payant
Entrée / Sortie : 23/11/2020 - 23/11/2020

N° 59076

Le Docteur **EL KHALIFA ASMAA**présente à Mme **BERRADA GOUZI SAMIRA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 060,00 Dhs (MILLE SOIXANTE DIRHAMS)

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

Polyclinique Atlas
Rue Jean Jaurès Casablanca
27 94 94 Fax 022 27 90 N.
Casablanca - Tel. 05 22 20 24 22
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zekkoune
GASTRO-ENTEROLOGIE - PROCTOLOGIE
DR. A. EL KHALIFA
Cachet et signature

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 23/11/2020 Heure 12:02

Nom et Prénom du patient MmeBERRADA GOUZI SAMIRA Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant EL KHALIFA ASMAA

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

DR. A. EL KHALIFA
GASTROENTEROLOGIE - PROCTOLOGIE
Rés. Les Fuchs - Tel: 022 27 94 94
Casablanca - Tel: 022 27 90 00

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 23/11/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours) 0,00

Nom et prénom du signataire

Signature



SDIPH

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 : CENT CINQUANTE DHS, TTC			TOTAL TTC, 150,00

SDIPH
12, Rue Ibn Khatima Casablanca
Tel : (212) 5 22.27.79.83
Fax : (212) 5 22.27.79.85

SDIPH
12, Rue Ibn Khatima Casablanca
Tel : (212) 5 22.27.79.83
Fax : (212) 5 22.27.79.85

10/23/2012.

M^m Bernada gouszi Samira.

finca a Bospho

