

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 054859

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

57569

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614 Société : GPI

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ

Date de naissance : 06-08-62

Adresse : 19 Rue EL Banafejj NR 30 ETG 5 H2Y RAHA Cas

Tél. : 0616 881197 Total des frais engagés : 1229,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr H IDRISI GATOUNI
Anesthésiste-réanimateur

Date de consultation : 25 / 01 / 21

Nom et prénom du malade : Mr MAKHROUB ABDELAZIZ Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs thoraciques

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 : Casablanca Le : 29 / 01 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
25-01-21	CS			 DR. H. IDRISSI GAIBOUNI Anesthésiste-réanimateur
20-01				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



25-01-21

229,00

Pharmacie Naïma

INP: 92044569

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Polyclinique Atlas
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél: 05 22 23 33 43
Dr. RADOUANI Khadija
RADIOLOGUE

25/01/21

Voulez-vous...
[Signature]

200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

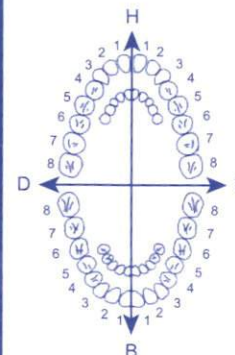
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

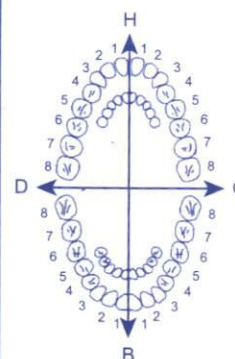
DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION


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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 25/01/2024

Nom/prénom : M. MAKHOUZ ABDELAZIZ

49.00

➤ BELMAZOL 20 mg gel.

LOT :

EXP :

PPV : 49,00

14.00

➤ DOLIPRANE 1 g cp.

01 gel le matin avant repas pdt 07j

01 cp x 03/ j après repas si douleurs.

39.70

➤ FUCIDINE pommade.

01 application deux fois par jour.

126.30

Augmentin 1g sachet

1 sachet x 4j

PPV: 126,30 DH
LOT: 644961
PER: 02/23

229.00

Dr. H. IDRISSEI QAITOUNI
Anesthésiste-réanimateur

25/1/21

Patient : *Markhous*
Asatlagj

FAIRE SCANNER THORACIQUE
EN INSPIRATION PROFONDE

➤ Le jour de l'admission



25/01/21

MA KHROUB ABDELAZIZ

Thoracique

Polyclinique Atlas
ANFA

Polyclinique Atlas
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 40 43
RADIOLOGIE

Dr. H. IDRISSI GATTOUINI
Anesthésiste-réanimateur

F A C T U R E

N° : **423 / 2021** du **25/01/2021**

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr MAKHROUB ABDELAZIZ	Payant	25/01/21	25/01/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
T.D.M THORACIQUE	Z	1,00	750,00	750,00
			Sous/Total	750,00
Total clinique				750,00

DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)	k	1,00	250,00	250,00
			Sous/Total	250,00
Total autres prestations				250,00

Arrêtée à la somme de : MILLE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	1 000,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
1 000,00		1 000,00			

Polyclinique Atlas
7, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 40 43
RADIOLOGIE

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES****Le : 25/01/2021** 16:37

Références

423 / Payant

N° 66290

Entrée / Sortie : 25/01/2021 - 25/01/2021

Le Docteur RADOUANE KHADIJA**présente à Mr MAKHROUB ABDELAZIZ****sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
250,00 Dhs (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)****et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.**

Polyclinique Atlas A-
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 40 43
RADIOLOGIE

Dr. RADOUANE KHADIJA
RADIOLOGUE

Cachet et signature

Mme MAKHROUB ABDELAZIZ

Le 25/01/2021

TDM THORACIQUE :

Technique : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

Résultats :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable
- Absence de foyer évolutif décelable
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte
- Discrète malposition cardio-tubérositaire

Conclusion

- Discrète malposition cardio-tubérositaire
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

Cordialement

Polyclinique Atlas
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 40 43
RADIOLOGIE

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 25/01/2021 Heure 16:31

Nom et Prénom du patient Mr MAKHROUB ABDELAZIZ

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

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 25/01/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature