

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.

Pathologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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

88523

Déclaration de Maladie : N° P19-0001691

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9902 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YASBOU ABDELAZIZ Date de naissance : 28/05/72

Adresse : VIAL FLEURY N3 APT 14 MARIF

Tél. : 0661412860 Total des frais engagés : 6.57 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/08/2021

Nom et prénom du malade : YASBON ZAINAB Age : 18

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ELLE

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/08/2021

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
13/08 2021	Voir facture ci-joint	facture ci-joint	450 DA	Dr. Jean Jauffret 0321 2227 94 St. Fas AIT BAHOU Kheireddine Institut Pasteur de Tunisie - Reenlaboratoire

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	13/8/21	+ 257,70 +

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

S ET HONORAIRES

pratiqué en indiquant

s ou de traitement

42.20

RELAXANT

LOT : 200363

DUO : 11/2023

139,00DH

DF.

Laboratoires Deva Pharmaceutiques

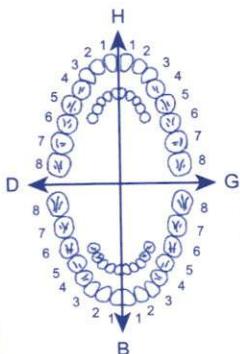
CH.DL. Pharmacien Responsable

SOINS DENTAIRES

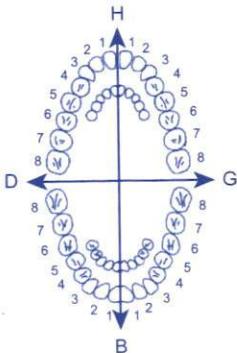
Traitées

Soins

Coefficient



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

B

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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



Le 13/08/2021

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

rue YASBOU . ZAINAB

ECG



Le : 13/08/2021

Références

4 907 / PAYANT

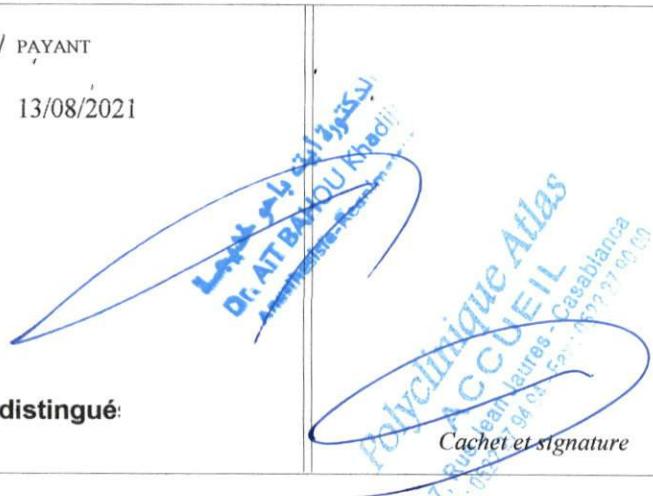
Entrée / Sortie : 13/08/2021 - 13/08/2021

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mme YASBOU ZAINAB

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

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



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 13/08/2021 Heure 14:39

Nom et Prénom du patient Mme YASBOU ZAINAB

Age ou Date Naissance 122 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

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 13/08/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

ID: 210813000 10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz

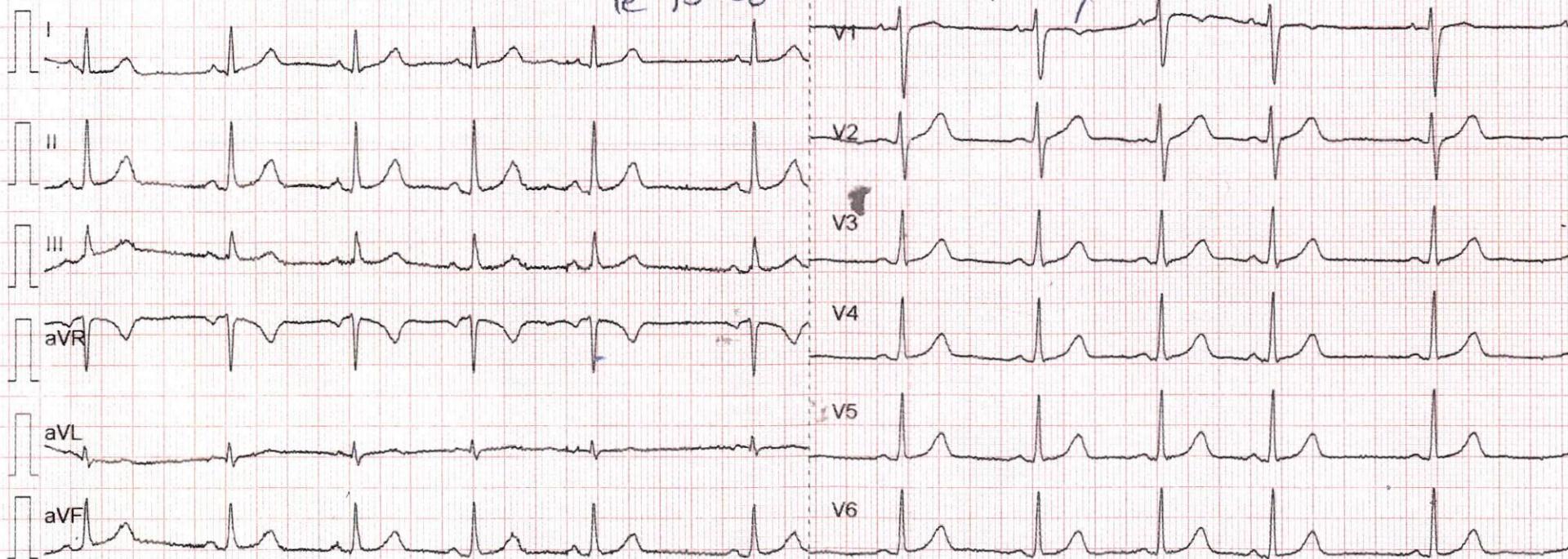
le 13-08-2021

Helle yasben Zainab

Nom
Numéro
Sexe
Réf. en

Fréquence
Durée P/
Axes P/
Tension

***** An
8102
**ECG



Le docteur
Vérifier
Imprimer



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° 4907 / 2021 du 13/08/2021

Nom patient	YASBOU ZAINAB	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	13/08/2021	13/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECG	1,00		200,00	200,00
AIDE MED. INF. K5	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	250,00
Total Frais Clinique				250,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	1,00	V2	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total général 450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	450,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	450,00	450,00	0,00

POLYCLINIQUE ATLAS
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00