

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.

Matricule : 9283 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZIHA LAÏLA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.13.81.43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : M. NAZIHA LAÏLA DOUSSI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cécité D'EYE D'APRES SOINS

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 : 13/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



.....

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
13-05-2022	Voir facture	100% point	350	Dr H. DRISI ALTOUH Dr H. DRISI ALTOUH Polyclinique Atlas Casablanca 0522 27 90 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		27.05.2022

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

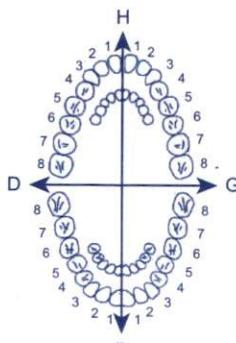
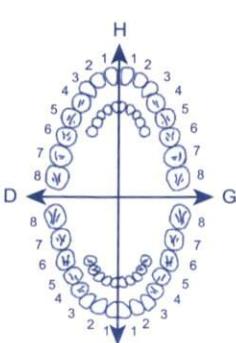
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

RELEVE 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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

F A C T U R E

N° 2184 / 2022 du 13/05/2022

Nom patient	IRAQI HOUSSAINI WALID	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	13/05/2022	13/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ACTE PERFUSION	1,00		150,00 Sous-Total	150,00 150,00
PHARMACIE	1,00		87,00 Sous-Total	87,00 87,00
Total Frais Clinique				237,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	1,00	V3	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total prestations externes				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENT TREnte-SEPT DIRHAMS	Total général	537,00
		537,00

Encaissements			Carte Bq	Total encaissé	Solde
			537,00	537,00	0,00

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

Le : 13/05/2022

Références

2 184 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/05/2022 - 13/05/2022

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mr IRAQI HOUSSAINI WALID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

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

*Polyclinique Atlas**ACCUEIL*27, Rue Jean Jaures - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00*Dr. M. IDRSSI QAITOUNI*
Anesthésiste - Réanimateur*Cachet et signature*

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : IRAQI HOUSSAINI WALID	N° Facture	2 184	U570522
--	-------------------	--------------	----------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CLOPRAME 10mg INJ (10)	2	2,00	4,00
MIDAZOLAM 50MG/1 INJ (10)	1	48,00	48,00
Sous-Total médicaments			52,00
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	10,00	10,00
PERFUSEUR (001)	1	20,00	20,00
SERINGUE 10 CC (001)	1	5,00	5,00
Sous-Total consommable médical			35,00
Total pharmacie			87,00

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

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 13/05/2022 Heure 15:27

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mr IRAQI HOSSAINI WALID	<u>Age ou Date Naissance</u>	123 -
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	.		
<u>Adresse</u>	.		
<u>Téléphone</u>	.		
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>	.		
<u>Médecin traitant</u>	EQUIPE REANIMATEURS	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours)</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON	<i>Dr. H. IDRISI QAITOUNI Anesthésiste Réanimateur</i>	

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

Nom et prénom du signataire :

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

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	13/05/2022	<u>Heure</u>	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<i>Nom et prénom du signataire</i>		<i>Signature</i>		