

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie
M22- 0012832

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50063 Société : RAN (129212)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Elceze
 Nom & Prénom : AAISSI ZAHRA WE RIGADI ALMES
 Date de naissance : 1949
 Adresse : Cité Plateau, Imm 7 Apt 48 CASA
 Tél. : 0666274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/2022
 Nom et prénom du malade : AAISSI ZAHRA Age : 1949
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colique hépatique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 10/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10-09-2009	Urologie	Facteur 1	3000	Dr. AIT BAHOU KHADIR Alger Casablanca - Kinésithérapeute Polyclinique Atlas ACCUEIL Boulevard de la Liberté - Casablanca Tél. : 0522 27 90 00

Acc. 09
Rede

Voies fact- 3000
Cgnt

2000
Dr. ATT BAHOU KHAD
Anesthésiologie - Réanimation
Polyclinique Atlas
ACCUEIL
Rue Jaures - Casablanca
Tél. : 0222 27 90 00

[illegible][illegible]

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

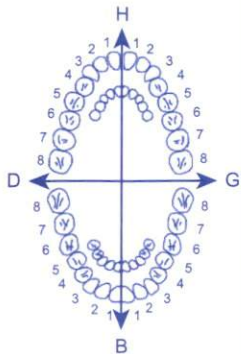
[illegible][illegible][illegible]

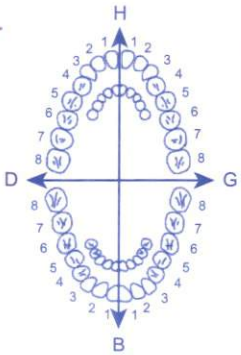
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

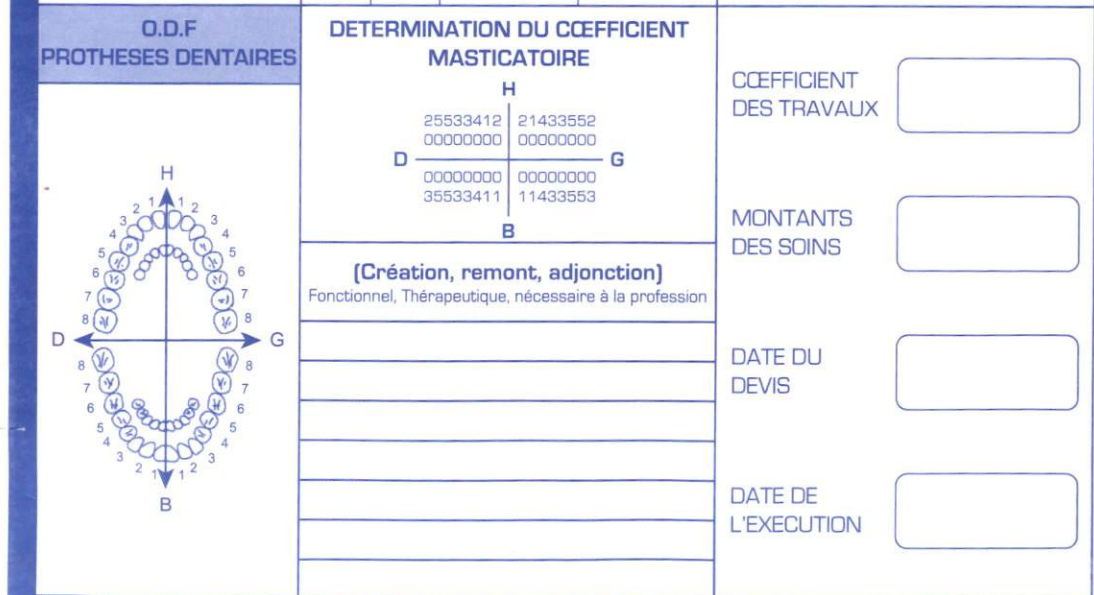
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100%;"/> B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

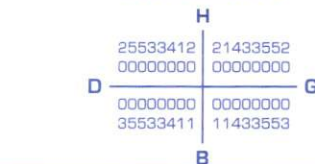
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
		B																	
		(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																	

CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	



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



DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

F A C T U R E

N° 4 249 / 2022 du 10/09/2022

Nom patient	AAISSI ZAHRA	Entrée	Sortie
		10/09/2022	10/09/2022
Prise en charge	PAYANT		

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

Total général 300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 TROIS CENTS DIRHAMS

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

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

Le : 10/09/2022

Références

4 249 / PAYANT

Entrée / Sortie : 10/09/2022 - 10/09/2022

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mme AAISSI ZAHRA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

250,00 Dhs DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

الكلية الطبية
Dr. ATT BAKOU Khedija
Anesthésiste - Réanimateur
Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

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 10/09/2022 Heure 09:33

Nom et Prénom du patient MmeAAISSI ZAHRA

Age ou Date Naissance 123 -

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
0,00

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

الدكتورة ايت باحو خديجة
Dr. AIT BAHOU Khadija
Anesthésiste - Réanimateur

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 N'aff

Nom et prénom du signataire :

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

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 10/09/2022

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature