

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**  
**M22- 0051450**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société : RAA  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CH  
Date de naissance : 12 of 61  
Adresse : TD em  
Tél. : 0661188421 Total des frais engagés : 1400 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : .....  
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 : ..... Le : 21 of 2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>
A.A.09 5722	Mé. & Fachus C.C.		Alcedit	

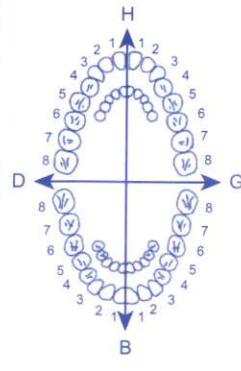
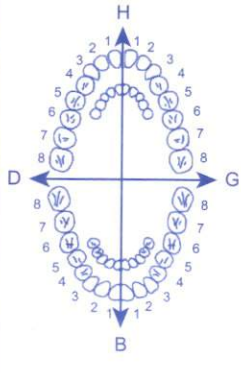
[illegible][illegible][illegible]

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**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	
					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			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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 L'EXECUTION



Dr BENNANI Youssef

Hépatogastro-Entérologue

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et de Rouen

Echographie - Endoscopie digestive et interventionnelle

CPRE - Echo-endoscopie

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 11/7/23

M- CHERIF NAMI NADIA

FIBROSCAN

RL : cytolysé minime sous  
METHOTREXATE

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 0522 36 24 16 - Fax: 0522 36 24 19

Dr BENNANI Youssef  
Hépatogastro-Entérologue  
62, Bd Sidi Abderrahman, Casablanca  
Tél: 0522 36 24 16



Rendez vous: 0611855595 / 0522362416 Urgences: 0661380313



62, Bd Sidi Abderrahman, 2ème étage, N°6, Beauséjour, Casablanca.



www.gastro-casa.com



Youssef.bennani@gastro-casa.com



Tram: Ligne T1, station Beauséjour



# FACTURE

N° 3 179 / 2023 du 11/07/2023

Nom patient	CHERIF ALAMI NADIA	Entrée 11/07/2023	Sortie 11/07/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FIBROSCAN	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL KHALIFA ASMAA (ganstro enterolo)	1,00	V3	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 400,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 400,00				1 400,00	0,00

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

Le : 11/07/2023

Références 3 179 / PAYANT

Entrée / Sortie : 11/07/2023 - 11/07/2023

Le Dr. EL KHALIFA ASMAA

présente à Mme CHERIF ALAMI NADIA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
400,00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS

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

DR. A. EL KHALIFA  
Gastro-Entérologie - Proctologie  
Rte. Les Fleurs 55, Bd. Zerktouni  
Casablanca - Tél: 05 22 20 24 22

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL

27, Rue Jean Jaures - Casablanca  
Tél: 05 22 27 94 94 - Fax: 05 22 27 90 00

Cacher 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 11/07/2023 Heure 13:34

Nom et Prénom du patient MmeCHERIF ALAMI NADIA

Age ou Date Naissance 124 -

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  
0,00

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

DR. A. EL KHALIFA  
Gastro-Entérologie - Proctologie  
R.S. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni  
Casablanca - Tél: 05 22 20 24 22

### 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 :

Signature

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
R.S. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni  
Casablanca - Tél: 05 22 20 24 22 - Fax: 05 22 27 90 00

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 11/07/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature



## COMPTE RENDU FIBROSCAN

Le, 11/07/2023

Médecin traitant : Dr Y. BENNANI

Médecin opérateur : Dr A. EL KHAUFA

Nom du patient : Mme CHERIF ALAMI NADIA

Indication : Cytolyse / PR m méthotrexate

- Poids kg
- Taille
- Tour de taille
- IQR 3,8 KPA

IQR/MED 11/1

Mesures valides 15/07 mesure invalide

CAP 276 Db/M

### Résultat :

➤ Absence de fibrose F0-F1

DR. A. EL KHAUFA  
Gastro-Entérologie - Proctologie  
Rég. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni  
Casablanca - Tél: 22 20 24 22