

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **5083**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CH**

Date de naissance : **12/07/61**

Adresse : **TD em**

Tél. : **0661 188121**

Total des frais engagés :

**1402**

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

ALD  ALC

Pathologie

Affection longue durée ou chronique :

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 : **21/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**Edel**



## 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

11.05 1st Actual Allocatio  
2023 ~~exact~~

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### BELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the depth axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a standard dental layout, with the upper arch showing a palatal suture and the lower arch showing a mental foramen.

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr BENNANI Youssef

Hépato-Gastro-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- CNCR.F ALAMI NADIA

FIBROSCAN

RL : cytolyse minime sous  
METFORMINATE

*Polyclinique Atlas  
ACCOUEIL*

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 0522362416 - 052236594 - 06611855595

*Dr BENNANI Youssef  
Hépato-Gastro-Entérologue  
52, Bd Sidi Abderrahman, Casablanca  
Tél: 0522362416*



Rendez vous: 0611855595 / 0522362416 Urgences: 0661380313



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



[www.gastro-casa.com](http://www.gastro-casa.com)



[Youssef.bennani@gastro-casa.com](mailto:Youssef.bennani@gastro-casa.com)



Tram: Ligne T1, station Beauséjour

## F A C T U R E

N° **3 179** / 2023 du 11/07/2023

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

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

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

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>1 400,00</b>				<b>1 400,00</b>	<b>0,00</b>

16:05227279494 - Fax: 06227279000  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Polyclinique Atlas  
ACCUEIL

**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 distingué**

DR. A. EL KHALIFA  
Gastro-Entérologie - Pratologie  
Res. Les Fleurs 59, Bd. Zertkouni  
Casablanca Tel: 05 22 20 24 22

polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tel: 05 22 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 11/07/2023 Heure 13:34

Nom et Prénom du patient Mme CHERIF 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.F. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni  
Casablanca - Tel: 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  
11/07/2023 - 11/07/2023 - 00:00:00  
Jours : 1 - Heure : 13:34 - Fax : 0522 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 KHALIFA

Nom du patient : Hme CHÉRIF ALAMI NADIA

Indication : Cytolyse | PR à 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 KHALIFA  
Gastro-Entérologie, Fasialogie  
Rés. Les Flâmes 39, 3<sup>e</sup> 24000  
Casablanca - Tel: 05 22 20 21 22