

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14.37 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELBATTAKH FATIHA

Date de naissance : 06.02.61

Adresse : 09 Rue ABI SARAH La mallette

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.12.2013

Nom et prénom du malade : ELBATTAKH FATIHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Syndrome occipital

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 : ..... / ..... / .....

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
DU 21.12.2013 AU 23.12.2013	Acte de facture			DR AIT BAHOU KH ANESTHESISTE REANIMATEUR POLYCLINIQUE ATLAS INPE: 091016568
			Montant de la Facture	14808,14
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture	
Signature Dr AIT BAHOU KH ANESTHESISTE REANIMATEUR POLYCLINIQUE ATLAS INPE: 091016568		23/12/2013	300,90	
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>				
Signature Dr AIT BAHOU KH ANESTHESISTE REANIMATEUR POLYCLINIQUE ATLAS INPE: 091016568		Rue Zinat El Moudawine, Casablanca Quartier La Ville, Casablanca Tél: 05 22 63 71 82		

## 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	

# 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 de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
D	00000000
B	00000000
G	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Coefficient des travaux**

**Montants des soins**

**Date du devis**

**Date de l'exécution**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

281WIS

A- ELBATI AND FAHIMA

③ maximus 40

123,6° 18)

②  $113^\circ$  vegetative an

POLYCLINIQUE  
Oncologie & Diagno

3 ~~combine~~ (1 place)

$\Delta 32.00$  cas x

~~Noves 94~~

$$\cancel{300,90} \rightarrow -j \cdot 8k \times y_j$$

## *Étiquetage et Politique A*

ACCUEIL

~~27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 01~~



Le: dd. 12.2013

- مme: EL BATTAKH FATIHA



Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: +212 522 27 94 94 | Fax: +212 522 27 90 00

Dr. AIT BAHOU KH  
ANESTHESISTE REANIMATEUR  
POLYCLINIQUE ATLAS  
INPE: 091016568

-Le 23-12-2023

-Pr e: EL BATTAKH FATIHA



*polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: +212 522 27 94 94 | Fax: +212 522 27 90 00  
Dr. AIT BAHOU KH  
ANESTHESISTE REANIMATEUR  
POLYCLINIQUE ATLAS  
INPE: 081016666*



POLYCLINIQUE ATLAS

مصحة أطلس  
MULTIDICPLINAIRE  
POLYCLINIQUE ATLAS

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Tel: +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° 5 859 / 2023 du 23/12/2023

Nom patient	<b>EL BATTAKH FATIHA</b>	Entrée 21/12/2023	Sortie 23/12/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
AIDE MED. INF. K5	2,00		150,00	300,00
SOINS INTENSIFS	2,00		1 000,00	2 000,00
RADIO	2,00	Z	150,00	300,00
			Sous-Total	2 600,00
PHARMACIE	1,00		608,14	608,14
			Sous-Total	608,14
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>3 208,14</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea usi)	1,00	2V2*3	1 500,00	1 500,00
DR. LYAFY MOHAMED (radiologue)	2,00		50,00	100,00
			Sous-Total	1 600,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total général 4 808,14</b>
QUATRE MILLE HUIT CENT HUIT DIRHAMS QUATORZE CENTIMES	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	4 808,14				4 808,14	0,00

polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - quartier Gauthier - Casablanca  
Tél : +212 5 22 27 94 94 - Fax : +212 5 22 27 90 00

**ANNEXE PHARMACIE**

Nom patient	EL BATTAKH FATIHA	N° Facture	5 859	H1661223
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
APOTEL	7	15,01	105,07	
CLOPRAZINE 10mg INJ (10)	5	2,23	11,15	
G 5% 500 ML POCH INJ (01)	2	22,50	45,00	
NO-SPA 40 mg INJ (05)	5	4,00	20,00	
OMEPRAZOLE 40MG INJ (01)	2	29,76	59,52	
POTASSIUM (KCL) 10% INJ (01)	4	2,80	11,20	
SER. SALE0.9% PO 500ml INJ (01)	2	21,00	42,00	
SODIUM (NACL) 10% INJ (01)	4	2,80	11,20	
Sous-Total médicaments			305,14	
BANDE DE GAZE 10 CM (001)	1	5,00	5,00	
BANDELETTES FIA BIOMED (050)	10	5,00	50,00	
GANT JETABLE	15	5,00	75,00	
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	2	20,00	40,00	
INTRANULE ROSE 20 GA (001)	1	20,00	20,00	
LANCETTE (050)	10	1,20	12,00	
PERFUSEUR AVEC ROBINET (001)	2	25,00	50,00	
SERINGUE 10 CC (001)	2	5,00	10,00	
SERINGUE 50 BEC (001)	1	20,00	20,00	
THERMOMETRE ADUL (001)	1	21,00	21,00	
Sous-Total consommable médical			303,00	
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie		608,14


  
 27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
 Tel: 0522 27 91 91 - Fax: 0522 27 90 00

EL BATTAKH FATIHA

LE 22/12/23

**ASP**

Présence de quelques niveaux hydroaériques dans la fosse iliaque gauche avec granité caecal en place sans distension majeure.

La structure du squelette examiné est normale

DR M LYAFY

POLYCLINIQUE ATLAS  
ANFA  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE  
Dr. Lyafy, Dr. Bouamra  
10, Rue Imam Moulay Hassan - OASIS  
Tél : 05 22 33 43 33

Mme EL BATTAKH FATIHA

LE 23/12/2023

**RADIO ASP**

**Répartition normale des anses intestinales avec granité caecal en place sans distension majeure.**

**Pas de calcification abdominopelvienne pathologique visible.**

**La structure du squelette examiné est normale**

**Dr M LYAFY**

Dr LYAFI Mohamed  
Radiologue  
30, Rue Imam Moussine - OASIS  
Tél: 0522 233 433 - 0522 233 434  
Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA  
Tél: 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE

le 23.12.2023

Dr. AIT BAHOU Khadidja  
Anesthésiste-Réanimateur

## Compte rendu d'hospitalisation

Cher confié

Mme EL BATTATHI Fatiha née le 06-02-1961  
a été admise le 21-12-2023 dans un tableau d'abdomen aigu chirurgical.  
Il s'agit d'un syndrome aigu avec  
un abdomen meteorisé, dououreux,  
dorlot des gaz, altération de l'état  
général.

Dès lors ce tableau clinique la malade  
a bénéficié d'une Radio simple ASL  
qui n'est pas normal.

La malade fut hospitalisée en sous  
intensifs pour puis se ranger et  
être mise en ventilation.

- Voie veineuse périphérique, cristalloïde  
plus électrolytes
- Protection digestive
- Antalgique, Antispasmodiques  
antiemétiques
- Aspiration digestive

TSV

Après une hospitalisation de deux jours  
en soins intensifs, la malade a repris  
les selles et les gazes, l'état de la malade  
s'est amélioré nettement, elle déclare  
Sortante avec une ordonnance  
et un suivi en ambulatoire pour  
éventuel contrôle

Mes respects,



الدكتورة آيت باحو خديجة  
Dr. AIT BAHOU Khadja  
Anesthésiste-Reanimateur

**POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 23/12/2023

Références

5 859 / PAYANT

Entrée / Sortie : 21/12/2023 - 23/12/2023

**Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS**

présente à Mme EL BATTAKH FATIHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 500,00 Dhs MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Dr. AIT BAHOU KH  
ANESTHÉSISTE REANIMATEUR  
POLYCLINIQUE ATLAS  
TUNISIE 90100  
Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 - Fax : 0522 27 90 01

Cachet et signature

**POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 23/12/2023

Références

5 859 / PAYANT

Entrée / Sortie : 21/12/2023 - 23/12/2023

**Le Dr. LYAFY MOHAMED**

présente à Mme EL BATTAKH FATIHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
100,00 Dhs CENT DIRHAMS

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

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 - Fax : 0522 27 90 01

Cachet et signature

# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICIPPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00  
CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 21/12/2023 Heure 18:45

Nom et Prénom du patient Mme EL BATTAKH FATIHA Age ou Date Naissance 63 - 06/02/1961

N° Cin du patient ou du tuteur B740652

Adresse 08 RUE ABI SARAH LA VILLETT CASA

Téléphone 0661155865

Personne à appeler en cas d'urgence 0662118727

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 2

Motif d'hospitalisation ...

2,00

Affiliation à une couverture maladie OUI



### 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 23/12/2023

Heure 11:21

Durée d'hospitalisation (jours) 2

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*