

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M23-002926

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2289 Société : 201517

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHER Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 80 33 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/2024

Nom et prénom du malade : Mr. DAHER MUSTAPHA Age : 7 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lipome

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 : 08/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09/03	Mariage	1	2000,00	

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- **NOM** : MR. DAHER
- **PRENOM** : MUSTAPHA
- **AGE** : Né en 1953
- **MEDECIN CHIRURGIEN** : Dr. RADHI N.
- **MEDECIN ANESTHESISTE** : DR. AIT BAHOU
- **DATE** : 07.03.2024
- **CLINIQUE** : ATLAS

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

- Lipome dorsal.
- Récidive loupe cuir chevelu.
- Antécédents** : kyste cuir chevelu.
- Abcès inguinale.
- Vésicule biliaire.

TITRE D'INTERVENTION :

- Exérèse chirurgicale.

COMPTE RENDU DETAILLE :

- Sous anesthésie générale.
- Incision et Exérèse du lipome dorsal en 1^{er}.
- Exérèse de la loupe du cuir chevelu.
- Pansement.

Signature : Dr RADHI N

السيد رادحي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas
INPE 1091
Casa

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 07/03/2024 Heure 11:47

Nom et Prénom du patient Mr DAHER MUSTAPHA

Age ou Date Naissance 125 -

N° Cin du patient ou du tuteur .

Adresse .

Téléphone .

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant RADHI NOUREDDINE

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0
0,00

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

دكتور نور الدين الراضحي
Docteur N. RADHI
Chirurgien Atlas-Case

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
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 07/03/2024

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/03/2024

Références 1 130 / PAYANT

Entrée / Sortie : 07/03/2024 - 07/03/2024

Le Dr. RADHI NOUREDDINE

présente à Mr DAHER MUSTAPHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs HUIT CENTS DIRHAMS

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

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas-Casa

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/03/2024

Références 1 130 / PAYANT

Entrée / Sortie : 07/03/2024 - 07/03/2024

Le Dr. ANESTHESISTE REANIMATEUR

présente à Mr DAHER MUSTAPHA

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

Dr. AIT BAHOU KH
ANESTHESISTE REANIMATEUR
POLYCLINIQUE ATLAS
INPE: 091016568
Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tel : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 94 94

Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient DAHER MUSTAPHA		N° Facture	1 130	U340324
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
ANDOL INJ 1G INJ (01)	1	17,60	17,60	
FENTANYL 0.1mg 2ml INJ (05)	1	50,00	50,00	
G 5% 1L POCHE	1	22,50	22,50	
KEFLIN 1G INJ (01)	1	30,00	30,00	
LIDOCAINE 2% INJ (01)	1	10,30	10,30	
PROPOFOL 20mg/ml AMP (01)	1	35,17	35,17	
Sous-Total médicaments			165,57	
BETADINE / PATIENT 125 ML (001)	1	25,00	25,00	
COMPRESSES PATIENT (001)	5	2,50	12,50	
ETHICRIN 4/0 CT (036)	1	1,11	1,11	
GANT STERILE 7,5 (001)	3	12,00	36,00	
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	20,00	20,00	
LAME BIS -11 S-MORT (001)	1	5,00	5,00	
LUNETTE A O2 (001)	1	20,00	20,00	
PERFUSEUR AVEC ROBINET (001)	1	25,00	25,00	
SERINGUE 05 CC	2	5,00	10,00	
SERINGUE 10 CC (001)	2	5,00	10,00	
SERINGUE 20 CC (001)	2	10,00	20,00	
Sous-Total consommable médical			184,61	
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	350,18	

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
 27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél : 0522 77 94 94 - Fax : 0522 77 94 94

FACTURE

N° 1 130 / 2024 du 07/03/2024

Nom patient	DAHER MUSTAPHA	Entrée	Sortie
		07/03/2024	07/03/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BLOC OPERATOIRE	1,00	K	549,82	549,82
PHARMACIE	1,00		350,18	350,18
Total Frais Clinique				900,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. RADHI NOUREDDINE (chirurgien)	1,00	V3	800,00	800,00
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1,00		300,00	300,00
Total prestations externes				1 100,00

	Total général	2 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 000,00				2 000,00	0,00

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