

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



203244

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0851 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GHERRAS Abdelmjid

Date de naissance : 11.05.51

Adresse : Habituelle

Tél. : 0615804322 Total des frais engagés : 250+431 DHT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/24

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Neoplasie du colon

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 : Casablanca Le : 24/04/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

DR. MAJED EL BENNY
ANESTHESISTE
Tél : 06 63 95 99 90
Fax : 06 63 95 97 79

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
18/03/24	Vis. factu. u. jointe		25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU C... Dr. Hind Benmoussa 1 Rue A... Tel: 05 22 39 53 73	01/04/24	437,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

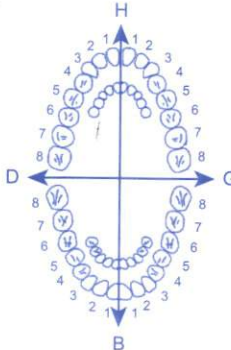
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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				
						MONTANTS DES SOINS			
							DEBUT D'EXECUTION		
								FIN D'EXECUTION	

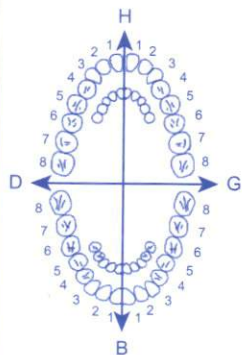
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT 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

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain sebaa Casablanca
 Flagyl 500 mg. cp b 20
 P.P.V: 46,50 DH

 6 118000 060062

Ghennas ABDELIMDO

PHARMACIE DU CAF
 Dr. Hind Benmoussa
 1 Rue 41 Okhouane
 Tel: 05 22 39 89 13

107,50 Aden 1,5

15 + 21 + 6

46,50 Flagyl 500 mg

18 x 21

100 x 40 18 x 21

13,10 Doliprane 10 g

132,00 x 2 (18 x 28)

431,10 18 x 28 18 x 28 18 x 28

POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
 FACTURE
 27 rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél: +212 522 279 894 - Fax: +212 522 279 900
 INPE: 090002379

Dr. MAJED EL BENNY
 ANESTHÉSISTE
 REANIMATEUR
 Gsm: 0663 65 97 79

LOT : 8744
PER : 11-25

P.P.V : 107DH50

LOT 231833 1
EXP 09 11 25
P.P.V 107DH50

132,00

LOT 231833 1
EXP 09 11 25
P.P.V 107DH50

132,00



POLYCLINIQUE ATLAS

مصحة أطلس أنفا
MULTIDISCIPLINAIRE

POLYCLINIQUE ATLAS

Oncologie & Diagnostic du Maroc

+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° 1 244 / 2024 du 18/03/2024

Nom patient	GHERRAS ABDELMJID	Entrée	Sortie
		18/03/2024	18/03/2024
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	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

	Total général	250,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	250,00				250,00	0,00

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
17, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05 22 27 94 94 - Fax : 05 22 27 90 00

Le : 18/03/2024

Références 1 244 / PAYANT

Entrée / Sortie : 18/03/2024 - 18/03/2024

Le Dr. EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mr GHERRAS ABDELMJID

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

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

DR. MAJED EL BENNY
ANESTHÉSISTE
REANIMATEUR
Tél : 0663 65 97 79

Polyclinique Atlas
Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0663 65 97 79

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 18/03/2024 Heure 11:06

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mr GHERRAS ABDELMJID	<u>Age ou Date Naissance</u>	74 - 11/05/1951
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	B396935		
<u>Adresse</u>	IMM 14 N 11 RUE EL BANAFSAJ JY ERRAHA		
<u>Téléphone</u>	06 15 80 43 22		
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>	06 41 96 69 09		
<u>Médecin traitant</u>	EQUIPE REANIMATEURS	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		0,00
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	OUI		

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00
Gsm : 0663 89 97 79

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT - R.A.M / MUP

DR. MAHMOUD EL BENALI
RESIDENT
Gsm : 0663 89 97 79

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	18/03/2024	<u>Heure</u>	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<u>Nom et prénom du signataire</u>		<u>Signature</u>		