

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **taire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **adie 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0044782

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1657 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELHAK

Date de naissance : 01/06/1953

Adresse : 15, Rue El Caïd Ahmed Casab

Tél. : 0661953157 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2019

Nom et prénom du malade : Dr. Ben Abdellah Age : 66 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
*(Handwritten note: "Accident de la route")*

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 : casab Le : 14/10/19

Signature de l'adhérent(e) : reg

## 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
03.10.10	Actes		30000	Sur ordre de Dr. M. Elouan Chirurgie clinique Atlas Polyclinique Atlas ACCUEIL
28.10.10	V.D.M. - freinage u.yon			Le docteur Jean-Jacques Elouan Spécialiste en oncologie digestives et en radiologie Dr. Ahmed Elouan N°3 - Maârif Tél. 06 22 97 73 00 Fax. 06 22 97 73 00 Int. 09.11.66

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		124.80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

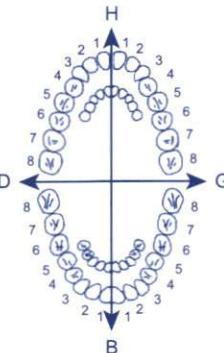
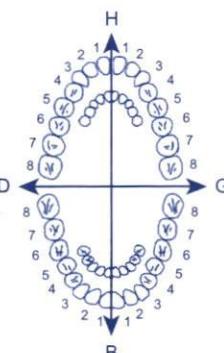
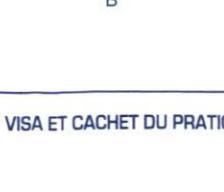
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS
	D	21433552 00000000 00000000	B	DATE DU DEVIS
	B	11433553		DATE DE L'EXECUTION
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

الدكتور نور الدين الرادي  
Docteur N. RADHI 03 OCT. 2029  
Chirurgie زراعة  
Polyclinique Atlas-Casa

CHRONIQUE ALDOPLASIE

Fibro Scan

Steatosis Hepat. (engraissant)

vers l'abdomen et les jambes

Dr Kettouf MAZOUIZ  
Spécialiste en Gastroentérologie  
et Oncologie Digestive  
Tél : 0522 89 47 30

الدكتور نور الدين الرادي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgie زراعة  
Polyclinique Atlas-Casa

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

## FIBROSCAN

Le.....8/10/2018

**Médecin traitant : Dr** RADHI

**Médecin opérateur : Dr** MAAZOUZ

-Nom du patient : M CHRAÏ BI ADEL malek

-Poids.....73 Taille.....163 Tour de taille.....93

- IQR.....41,5.....KPA Médiane
- IQR/MED.....11,5.....%
- 13.....mesures valides. (.....Mesure invalide)
- CAP.....273 dN/m.....

### Résultat :

F<sub>1</sub> F<sub>2</sub> fibrose minime

Dr Keltoum MAAZOUZ  
Spécialiste en Gastroentérologie  
et Oncologie Digestive  
Tél : 05 22 99 47 30



# POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

+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° : 5714 / 2019 du 08/10/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr CHRAIBI ABDELMALEK	Payant	08/10/19	08/10/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FIBRO-SCAN		1,00	1 000,00	1 000,00
				Sous/Total 1 000,00
				Total clinique 1 000,00
DR. MAAZOUZ KELTOUM (gastro enterologue)	V3	1,00	400,00	400,00
				Sous/Total 400,00
				Total autres prestations 400,00

Arrêtée à la somme de :  
MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 1 400,00

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
1 400,00		1 400,00	

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

Le : 08/10/2019 12:28

Références 5714 / Payant  
Entrée / Sortie : 08/10/2019 - 08/10/2019

N° i14090

Le Docteur MAAZOUZ KELTOUM

présente à Mr CHRAIBI ABDELMALEK

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments disti

*Dr. Maâzouz Keltoum*  
Spécialiste en Gastroentérologie et  
Oncologie digestive  
134, Bd Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljelmir  
Imm. Aya, 1er étage, App. N°33 Maârif  
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE09.11.66.777

Spécialiste en Gastroenterologie et  
Oncologie digestive  
134, Bd Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljelmir  
Imm. Aya, 1er étage, App. N°33 Maârif  
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE09.11.66.777

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 08/10/2019 Heure 12:26

Nom et Prénom du patient Mr CHRAIBI ABDELMALEK

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

MAAZOUZ KELTOUM *Dr. Maazouz* Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

*Spécialiste*

*Urgence*

*Maafif*

*NON*

*Imm. 15, 22, 99, 4, 33, 1, NPE/09.11.66.777*

*Tel : 05 22 99 41 33*

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie

### 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

08/10/2019

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

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