

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

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.

Prothèse 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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044782

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELHALER
Date de naissance : 01/06/1953
Adresse : 15, Rue El caïd Ahmed Casa
Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/10/2019
Nom et prénom du malade : Chraïbi Abdelhaler Age : 66 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Névralgie
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 : 24/10/19
Signature de l'adhérent(e) :

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

03/10/17			30000	
08/10/17				

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

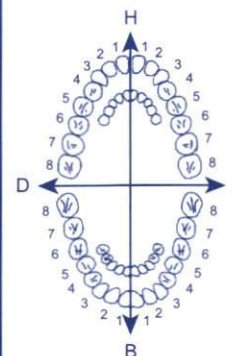
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

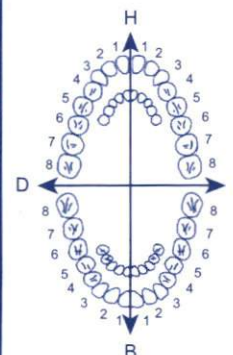
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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 الراضي
03 OCT. 2029
Docteur N. RADHI
Chirurgie Atlas-Casa

CHARA Abdelhak

Fibro Scans

Steator Hépat. (Rogues)

Usi Taux de JCT

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

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgie Atlas-Casa

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

FIBROSCAN

Le 8/10/2019

Médecin traitant : Dr RADHI

Médecin opérateur : Dr MAATOUZ

-Nom du patient : M CHRAÏ Bi Abdelmalek

-Poids 73 Taille 1.63 Tour de taille 97

- IQR 41.5 KPA Médiane
- IQR/MED 11.5 %
- 13 mesures valides. (.....Mesure invalide)
- CAP 27.8 dN/m

Résultat :

F1 F2 Fibrose minimale

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

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	Mortant 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			

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

Le : 08/10/2019 12:28

Références

5714 / Payant

N°: 14090

Entrée / Sortie : 08/10/2019 - 08/10/2019

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 distingués

Dr. Maâzouz Keltoum
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljoudhari
Imm. Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Maarif
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE 09.11.66.777

Dr. Maâzouz Keltoum
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljoudhari
Imm. Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Maarif
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE 09.11.66.777

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 KETQUM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) 0,00

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie

NON

Imm. A.

Tél : 05 22 99 41 90 - INPE/09.11.66.777

Dr. Maazouz Ketqum
Spécialiste
Maarif
Tél : 05 22 99 41 90 - INPE/09.11.66.777

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