

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

N° 23058
N° W19-487161

Demande de prise en charge

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1305 Société : PNT - Retraite RSM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL FAHLI DUIS

Date de naissance : 01/08/1949

Adresse : Rue 1 ville 2, lot CHANTINAR

NAARIF EXT. 20370 CASABLANCA

Tél. : 066117553 Total des frais engagés : 450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/20

Nom et prénom du malade : EL FAHLI DUIS Age : 21

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

Nature de la maladie : Mutation aneurysm

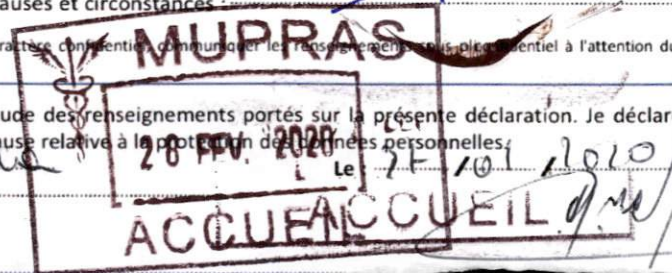
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 21/01/2010

Signature de l'adhérent(e) :



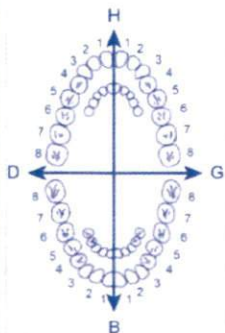
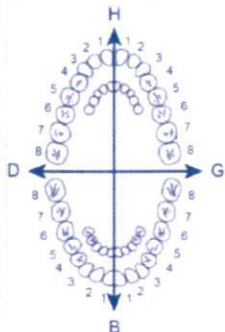
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Adil EJ-JENNANE

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Chef de Clinique d'Urologie
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Membre de l'Association Française d'Urologie

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

07/01/2020

Cher Confrère,

Je vous remercie de voir en consultation pré-anesthésique
Mr EL FAHLI Driss, 71 ans, en vue d'une cure par abord antérieur
pour hernie inguino-scrotale droite.

Confraternellement,

Dr Adil EJ-JENNANE

Dr Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280 Bd Bordeaux Bourgogne 1er Etage
Casablanca Tél: 06 18 62 00 63
mailto:adil.ejjennane@gmail.com

Dr Adil EJ-JENNANE

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Chef de Clinique d'Urologie
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Membre de l'Association Française d'Urologie

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

07/01/2020

LETTRE D'ADMISSION

Merci d'admettre en hospitalisation Mr EL FAHLI Driss, 71 ans, en
vue d'une cure de hernie de la paroi antérieure.

Cordialement,

Dr Adil EJ-JENNANE


Dr. Adil EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
280, Bd de Bordeaux - Bourgogne 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 47 40 54/55 - Urgences : 06 18 62 00 63
E-mail: adil.ejjennane@gmail.com - urologie.bordeaux@outlook.fr

F A C T U R E

N° : **368 / 2020** du **21/01/2020**

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr EL FAHLI DRISS	Payant	21/01/20	21/01/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
AIDE MED. INF. K5		1,00	50,00	50,00
ECG		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	250,00
Total clinique				250,00

DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	V2	1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
Total autres prestations				200,00

Arrêtée à la somme de :		TOTAL GENERAL		450,00
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS				
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	
1753/CDM	450,00	450,00		

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

24/01/2020

Dr et Pol. Dr. ss

- ECA

Polyclinique Atlas
ANFA

Dr H. IDRIS DAITOUNI
 Anesthésiste-réanimateur

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

Le : 21/01/2020 08:33

Références

368 / Payant

N° : 26422

Entrée / Sortie : 21/01/2020 - 21/01/2020

Le Docteur EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mr EL FAHLI DRISS

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

200,00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

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

Dr H. IDRISSI QAITOUNI
Anesthésiste-réanimateur

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 21/01/2020 Heure 08:30

Nom et Prénom du patient Mr EL FAHLI DRISS

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

Dr H IDRISSE RAITOUNI
Anesthésiste-réanimateur

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 21/01/2020

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

U1



I



U2



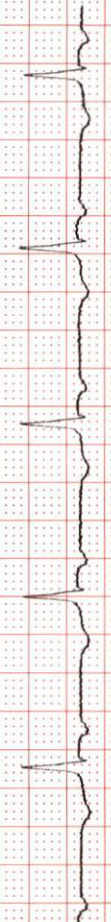
II



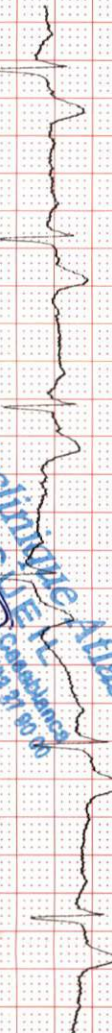
U3



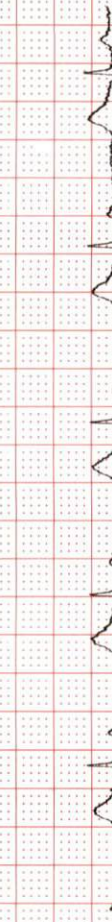
III



U4



AUR



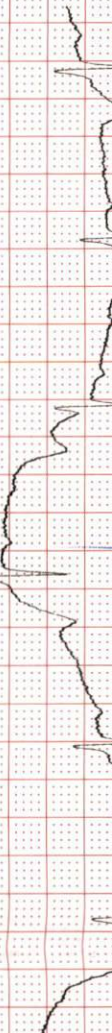
U5



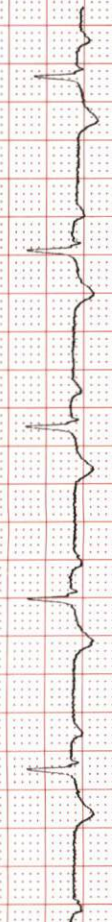
AUL



U6



AUF



Polyclinique Atlas
A.C.C.M.E.
Rue Abdou Moumouni, Casablanca
Tél : 0622 27 54 14 - Fax : 0622 27 80 00

Dr. H. IDJESSI-DATOUNI
Anesthésiste-Réanimateur

20. Jan. 2020

09:41:01

25mm/s 10mm/mV

50Hz

0

20. Jan. 2020

09:41:10

25mm/s 10mm/mV

50

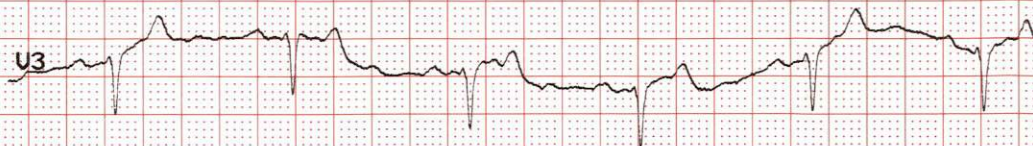
U1



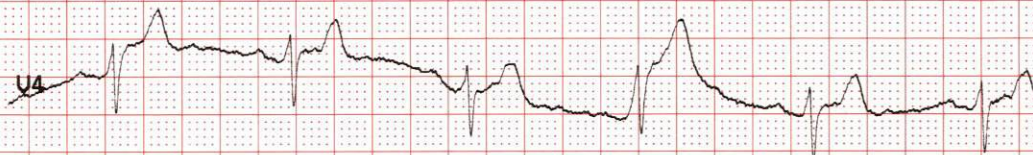
U2



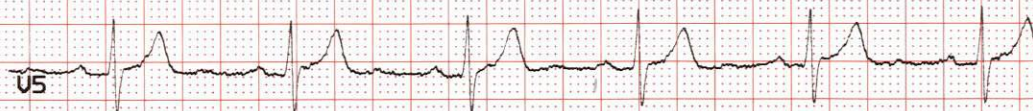
U3



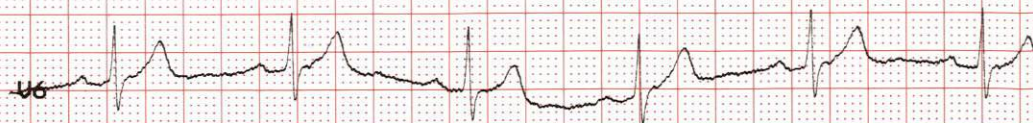
U4



U5



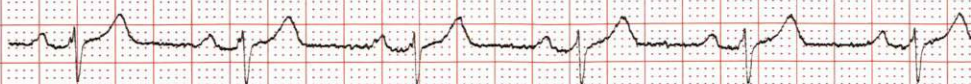
U6



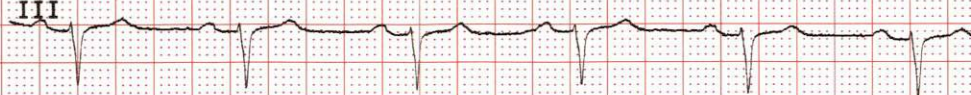
I



II



III



AUR

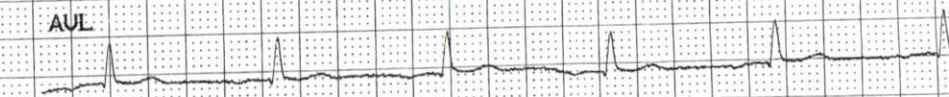
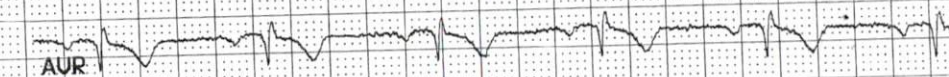
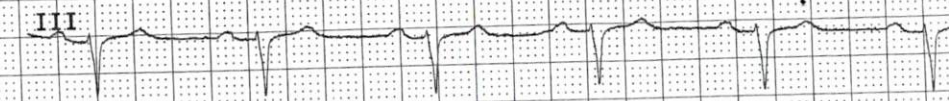
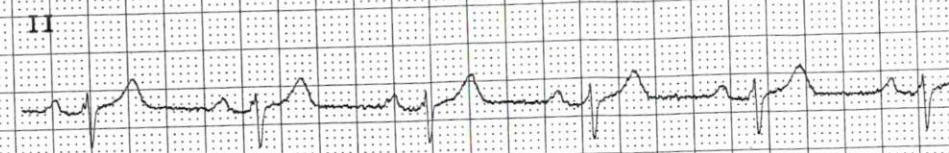
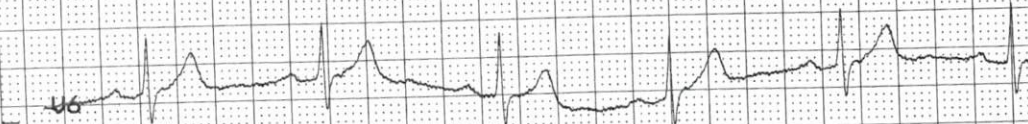
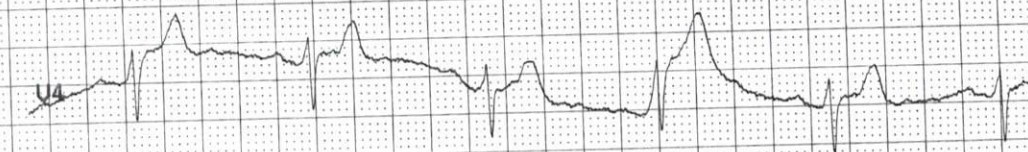
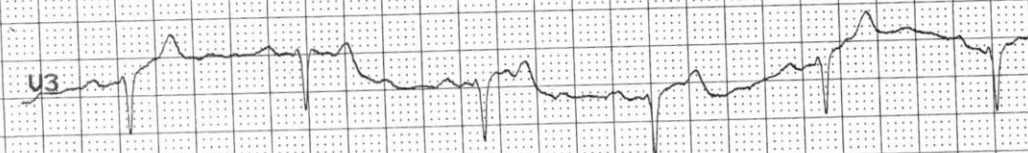
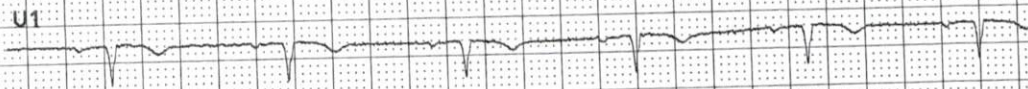


AVL



AVF





U1

U2

U3

U4

U5

U6

I

II

III

AUR

AUL

AUF