

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° 23059

N° W19-487161

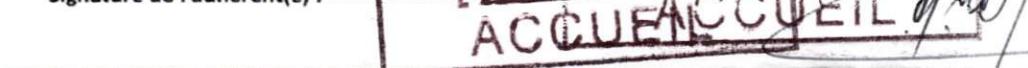
~~Demande de prise en charge~~

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1505	Société :	PNT - Retraite RAR
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EL FAHLLI Driss			
Date de naissance : 01/08/1949			
Adresse : Rue 1 Ville 2 lot 47 ANTANAR			
DAARIF EXT 20370 CASABLANCA			
Tél. :	0661175953	Total des frais engagés : 450,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
I Polyclinique ACCUEIL			
22, Rue Jean Jaures Casablanca Tel: 0522 27 94 04 Fax: 0522 27 94 05			
Date de consultation : 21/01/20			
Nom et prénom du malade : EL Fahli Driss Age: 21			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Herniotion anesthésique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère contumelie communiquer les renseignements suivants 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 : 28 Fév 2010

Signature de l'adhérent(e) :



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
21.10.11.12	Vaccination : + 1 jour	1	469,00	Dr INF. 091.110.000 Polyclinique ACCUEIL 27, Rue Jean Jaurès - Casablanca Tél. : 0622 27 04 04 - Fax : 0522 27 90 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

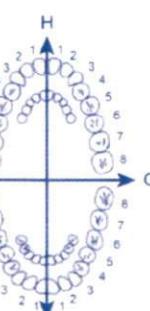
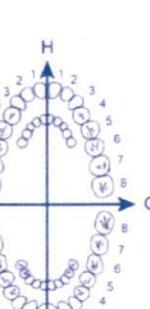
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	Coefficient des travaux <input type="text"/>
D	35533411	00000000 11433553	B	Montants des soins <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET GACHET 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 الجنّان

جراحة الكلى و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلى و المسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراتسبورغ
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-scratole droite.

Confraternellement,

Dr Adil EJ-JENNANE

Dr Adil EJ-JENNANE
Chirurgien Urologue
280 Bd Bourgogne 1er Etage
Casablanca Tél: 06 18 62 00 63

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 الجنّان

جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلى والمسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراتسبورغ
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 Bourgogne 1^{er} étage
Casablanca Tel : 05 22 47 40 54/55
06 18 62 00 63
E-mail : adil.ejjennane@gmail.com



POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

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° : 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 : QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	TOTAL GENERAL	450,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total Solde
1753/CDM	450,00	450,00

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

24.11.2020

Dr. El Fakih. Dr. ss



~~Dr. H. IDRISS 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
Entrée / Sortie : 21/01/2020 - 21/01/2020

N°: 26422

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 99 00**Dr H. IDRISI QAITOUNI**Anesthésiste-réanimateur**Cachet et signature*

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICIPPLINAIRE

+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 -

Nº 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 IDRASSI 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

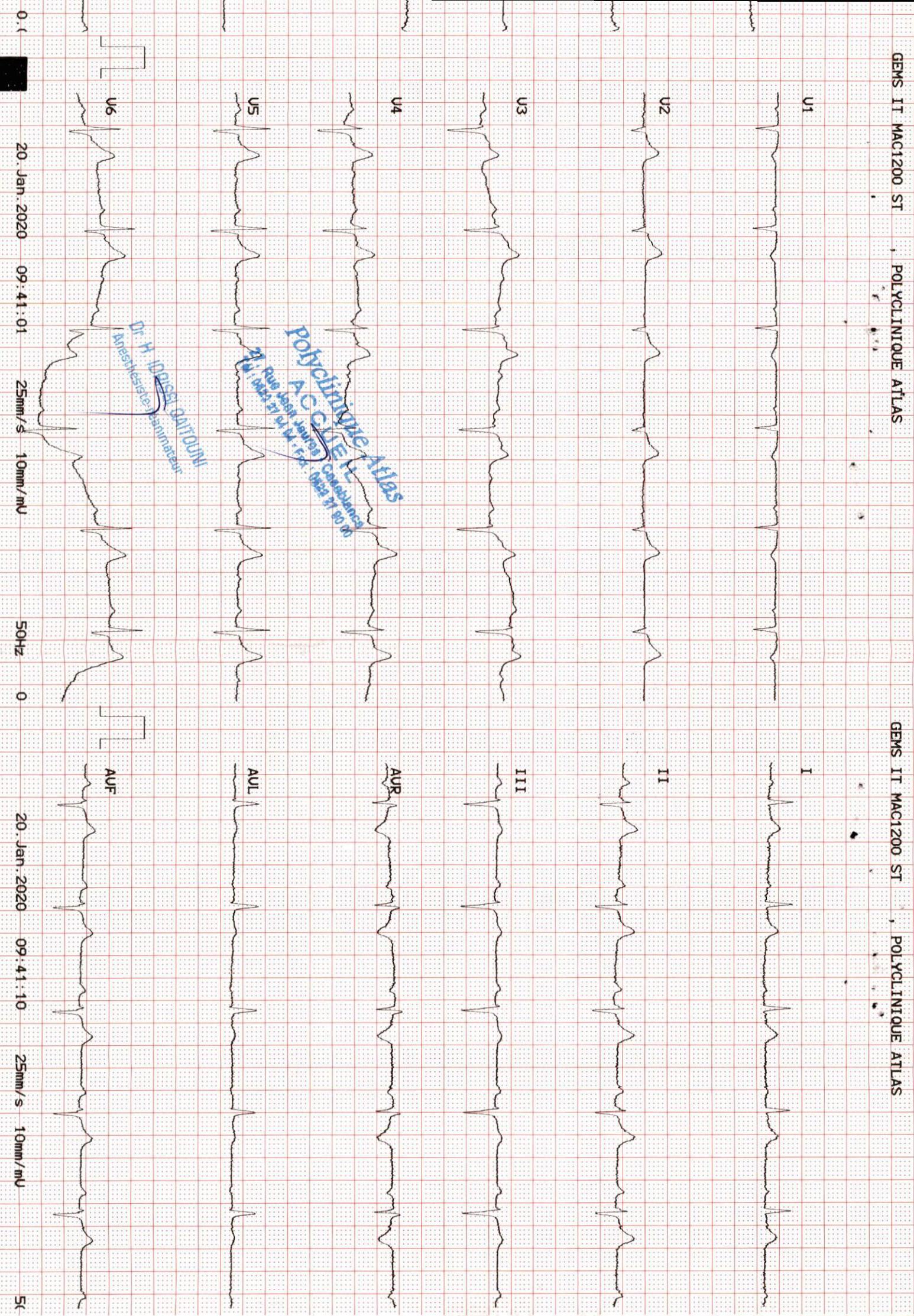
Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire ACCUEIL

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

Signature



GEMS IT MAC1200 ST , POLYCLINIQUE ATLAS

GEMS IT MAC1200 ST , POLYCLINIQUE ATLAS

U1

I

U2

II

U3

III

U4

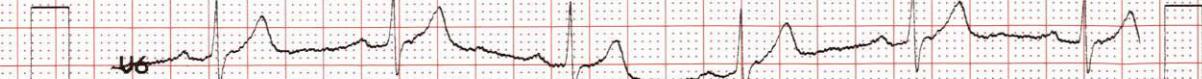
AUR

U5

AUL

U6

AUF



20. Jan. 2020 09:40:43

25mm/s 10mm/mU

50Hz

C

20. Jan. 2020 09:40:52

25mm/s 10mm/mU

50Hz

GEMS IT MAC1200 S

, POLYCLINIQUE ATLAS

GEMS IT MAC1200 ST

U1

U2

U3

U4

U5

U6

I

II

III

AUR

AUL

AUF

20 Jan 2020

09:40:43

25mm/s 10mm/mV

50Hz

20. Jan. 2020

09:40:52

25mm/s 10mm/mV

GEMS IT MAC1200

, POLYCLINIQUE ATLAS

GEMS IT MAC1200 ST

U1



U2



U3



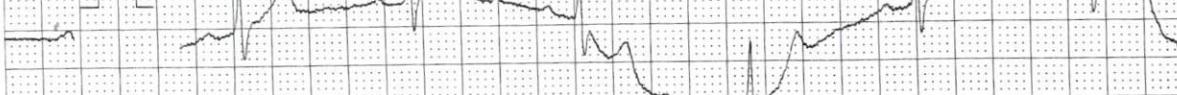
U4



U5



U6



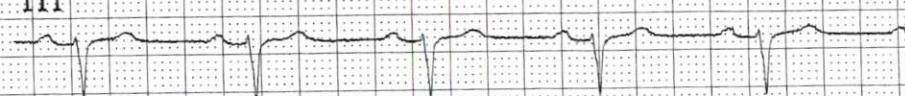
I



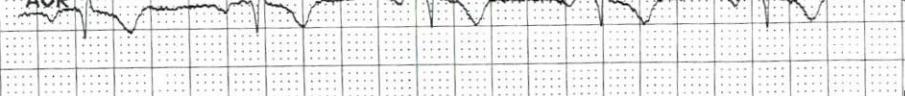
II



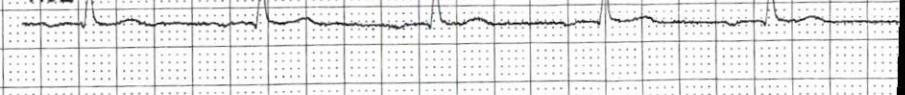
III



AUR



AUL



AUF



0.1

20. Jan. 2020 09:41:01

25mm/s 10mm/mV

50Hz 0

20. Jan. 2020 09:41:10

25mm/s 10mm/mV