

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-534107

33276

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6666	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN KARIM SARA			
Date de naissance : 22/09/71			
Adresse : 1 Rue 25 ORANGAS ANNA			
Tél. :	0667000838	Total des frais engagés	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	15 JUIL 2020
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	KYSHE DE PENDAL
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 :

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
16/10/2019 à 17/10/2019	Visite de suivi à domicile	100% 100%	3.000,00	INSTITUT RADHARASMI Signature : <i>[Signature]</i>

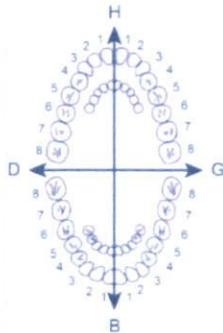
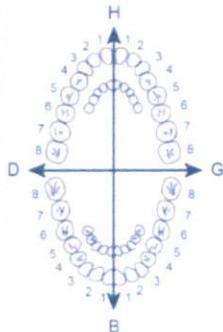


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>		G	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
<hr/>		G															
B	35533411	11433553															
																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 19-03-2010

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

melle

BEKKARI

SHBHISI

138,30 x 2

- Augmentine 10g



1 sachet x 2,65 j 105

- Deltipac 500g

1kg x 2,65 j 105

25,00

15,00

22,00

Soins locaux



Polyclinique Atlas
ACCUEIL

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 60

338,60

الدكتور عبد الله باشيشي
Dr. AIT BAHOU Khadija
Anesthésiste Réanimateur

DR AIT BAHOU



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° : 1635 / 2020 du 19/03/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BEKKARI SHEMSI	Payant	19/03/20	19/03/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
BLOC OPERATOIRE		1,00	1 101,23	1 101,23
			Sous/Total	1 101,23
PHARMACIE		1,00	198,77	198,77
			Sous/Total	198,77
Total clinique				1 300,00

DR. RADHI NOUREDDINE (chirurgien)	K	1,00	1 400,00	1 400,00
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	V3	1,00	300,00	300,00
			Sous/Total	1 700,00
Total autres prestations				1 700,00

Arrêtée à la somme de :	TROIS MILLE DIRHAMS	TOTAL GENERAL	3 000,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde
		3 000,00	3 000,00

COMPTE RENDU OPERATOIRE

- ❖ Date : 19/03/2020
- ❖ Nom prénom : BEKKARI CHEMSI.
- ❖ Médecin demandeur : Dr RADHI.
- ❖ Clinique : ATLAS.

Renseignement clinique :

- ❖ Abcès pilonidal.

Titre d'intervention :

- ❖ Exérèse d'abcès.

Compte rendu détaillé :

Malade sous anesthésie générale, en décubitus ventral, exposition du pli inter fessier, en haut de celui-ci existe un orifice cutané non productif. Excision au bistouri électrique, évacuation de l'abcès pilonidal. Lavage, lame de Delbet, pansement.

Signature
DR. RADHI

الدكتور نور الدين الراضي
Dr. N. RADHI
Chirurgie Générale et Endocrinienne
Polyclinique Atlas ANFA

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BEKKARI SHEMSI

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)(1)	1,00	7,87	7,87
PROFENID 100 MG/2m INJ (06)(1)	1,00	6,00	6,00
PROPOFOL 20mg/ml AMP (01)	1,00	37,40	37,40
Sous-Total pharmacie			51,27
BETADINE / PATIENT 125 ML (001)	1,00	25,00	25,00
COMPRESSES PATIENT (001)	10,00	2,50	25,00
FLUIDES MEDICAUX LR par mn (001)	15,00	1,50	22,50
GANT STERILE 7,5 (001)	2,00	10,00	20,00
INTRANULE ROSE 20 GA (001)	1,00	20,00	20,00
LAME BIS -11 S-MORT (001)	1,00	10,00	10,00
SERINGUE 05 CC (100)(1)	1,00	5,00	5,00
SERINGUE 10 CC (001)	1,00	10,00	10,00
SERINGUE 20 CC (001)	1,00	10,00	10,00
Sous-Total parapharmacie			147,50
Total pharmacie			198,77

*Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 0524 27 90 00 - Fax: 0524 27 90 10*

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES**

FA

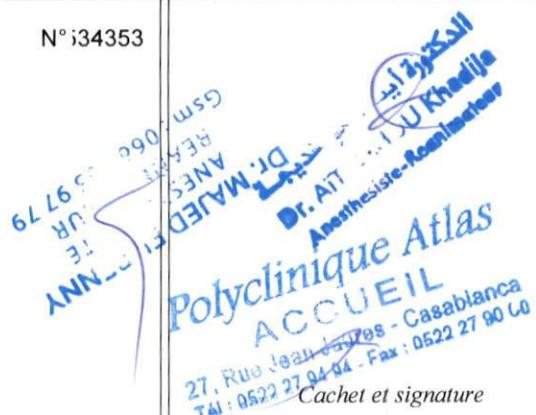
Le : 19/03/2020 14:59

Références 1635 / Payant
Entrée / Sortie : 19/03/2020 - 19/03/2020

N° i34353

Le Docteur **ANESTHESISTE REANIMATEU**présente à Mme **BEKKARI SHEMSI**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

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

**POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

FA

Le : 19/03/2020 14:59

Références 1635 / Payant
Entrée / Sortie : 19/03/2020 - 19/03/2020

N° i34354

Le Docteur **RADHI NOUREDDINE**présente à Mme **BEKKARI SHEMSI**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 400,00 Dhs (MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. Radhi
Chirurgien
Clinique Atlas-Casa

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 19/03/2020 Heure 14:36

Nom et Prénom du patient MmeBEKKARI SHEMSI

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant RADHI NOUREDDINE

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

الدكتور نور الدين الراشدي
Doctor N. RADHI
Chirurgien
Clinique Atlas-Casa

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 19/03/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature