

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 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

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° W19-534107

33276

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

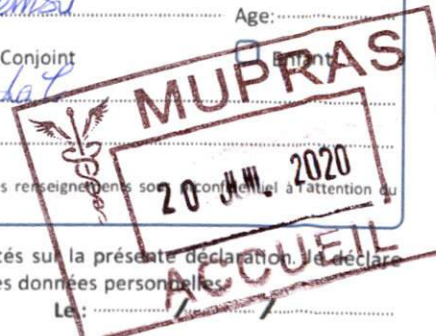
Matricule : 5555 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN KANI SAMI
 Date de naissance : 22/03/71
 Adresse : 1 Rue 25 ORAN GUY ANNA
 Tél. : 0664000838 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 15 JUL 2020
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BEN KANI SAMI Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Autre :
 Nature de la maladie :
 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 : Le :
 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
19/03/2022	Visite	1	3200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/03/2022	338,60

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le 19-03-2020

Melle **BEKHARI**
SABHSI

138,30 x 2

- Augmentin 1g 

1 sachet x 2 fois 105

- Doliprane 500g

1cp x 2 fois

25,00

15,00

22,00

~~Soin local~~

PHARMACIE CAMELIA
 Mme LEMSETER MENRAMOUNIA
 29, Rue Hassan Sedkani
 Tél: 0522 27 07 07 - Casablanca

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
 27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél: 0622 27 94 94 - Fax: 0622 27 80 60

الدكتور أيت باح
Dr. AIT BAHOU Khedija
 Anesthésiste - Réanimateur

338,60

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 :			TOTAL GENERAL	
TROIS MILLE DIRHAMS			3 000,00	
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	
	3 000,00	3 000,00		

Polyclinique Atlas
ACC
27, Rue Jean Jaurès
Tél : 0522 21 00 00

COMPTE RENDU OPERATOIRE

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

Renseignement clinique :

- ❖ Abscess 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 نوري الدين الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien
Clinique 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 : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 60

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

FA

Le : 19/03/2020 14:59

Références

1635 / Payant

N° 34353

Entrée / Sortie : 19/03/2020 - 19/03/2020

Le Docteur ANESTHESISTE REANIMATEUR

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.

N°:34353

65m-006
REACT
UR 97 79
TE
NNY

Dr. MAJED
Dr. ATT
Anesthésiste-Réanimateur

الكلىة
Dr. Khadija
Anesthésiste-Réanimateur

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 04 94 - Fax : 0522 27 90 60

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

NOTE D'HONORAIRES

FA

Le : 19/03/2020 14:59

Références

1635 / Payant

N°:34354

Entrée / Sortie : 19/03/2020 - 19/03/2020

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 محمد الدين الراضي
Docteur M. M. I.
Chirurgien
Clinique Atlas-Casa

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 19/03/2020 Heure 14:36

Nom et Prénom du patient Mme BEKKARI 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 الراضي
Docteur N. RADHI
Chirurgien 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

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