

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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

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° P19- 052579

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOU YA EL HASSAN

Date de naissance : 01.01.1963

Adresse : Bcs. Rad. La H. cen. Im. 1 GHA app. 9

EL W. A. L. F. a

Tél. : 06.34.64.10.80 Total des frais engagés : = 1454,2 = Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien جراح  
Clinique Atlas - Casa  
INPEV 09 77 571

Date de consultation : 18/08/2020

Nom et prénom du malade : ROUSSEAU MIA. Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 21/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : Bou



# 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
18/08/20				<p>الدكتور نور الدين الرضاوي</p> <p>Docteur N. RADHI</p> <p>Chirurgien جراح</p> <p>Clinique Atlas - Casa</p> <p>INPE: 001147671</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAMZA</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Lot. Maj. fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64</p> <p>Casablanca - Tél: 0522 93 1029</p> <p>PHARMACIE HAMZA</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Lot. Maj. fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64</p> <p>Casablanca - Tél: 0522 93 1029</p>	18/08/20	312.00
	18/08/20	112.25

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>DR. RADOVANI</p> <p>POLYCLINIQUE</p> <p>27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA</p> <p>Tél: 05 22 27 40 43</p> <p>RADIOLOGUE</p>	18/08/20	voir facture G = 1000 DH	1000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 de

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	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</td> <td>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> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rouissi MINA

PPV 1180H50 EXP 05/2022  
 LOT 12019 3

118.50

ixal day cp

1 cp / 1 cp

27.50

4 garfon cp

1 cp x 3/

126.30

3 Augmentin g solut

1 solut x 4/

39.70

4 fucidine pommade

1 pommade x 2/

312.00

Fucidine® 2%  
 pommade Tube de 15 g

39.70



M<sup>re</sup> ROUSSI MINA



**KLEAN PREP ou FORTTRANS**

01 SACHET / LITRE x 4 SACHETS

LA VEILLE DE L'EXAMEN

DE 10H

A 20H

<----->

A MIDI : Régime sans résidus

LE SOIR : Tisane + bouillon

**STEPHARMACIE HAMZA**  
**CASABLANCA**  
Lot. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 22

# **F A C T U R E**

N° : **4016 / 2020** du **18/08/2020**

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
<b>Mme ROUISSI MINA</b>	<b>Payant</b>	<b>18/08/20</b>	<b>18/08/20</b>

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
<b>T.D.M THORACIQUE</b>	<b>Z</b>	<b>1,00</b>	<b>750,00</b>	<b>750,00</b>
			<b>Sous/Total</b>	<b>750,00</b>
<b>Total clinique</b>				<b>750,00</b>

<b>DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)</b>	<b>TDM</b>	<b>1,00</b>	<b>250,00</b>	<b>250,00</b>
			<b>Sous/Total</b>	<b>250,00</b>
<b>Total autres prestations</b>				<b>250,00</b>

Arrêtée à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1 000,00</b>
<b>MILLE DIRHAMS</b>					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
	CHQN°0753/AWB	<b>1 000,00</b>	<b>1 000,00</b>		

**Polyclinique Atlas**  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
**RADIOLOGIE**

le 18/08/2000

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

Mme ROVISI. MINA.

10m 15000 Ci qu'on  
- e

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien - Casa  
Clinique Atlas - Casa  
INPE : 091117071

**Polyclinique Atlas**  
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE



Casablanca le 18/08/2020

Mme ROUISSI MINA

## **TDM THORACIQUE :**

**Technique** : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

### **Résultats** :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable.
- Absence de foyer de condensation ou d'un verre dépoli suspect.
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative, hormis quelques ganglions infra-centimétriques.
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique.
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte.
- Épaississement circonférentiel, irréguliers, non sténosant de l'angle colique gauche, mesurant 15mm d'épaisseur maximale, étendue sur 80mm, à contours lobulés.
- Envahissement de la graisse péri rénale gauche et infiltration en flammèche et nodulaire tout autour.

### **Conclusion** :

- ✓ *Épaississement probablement tumoral de l'angle colique gauche.*
- ✓ *TDM thoracique ne révélant pas de lésion type COVID.*

Cordialement

Dr. RADOUANE Khady  
RADIOLOGUE

Polyclinique Atlas  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE

Le : 19/08/2020 11:56

Références 4016 / Payant  
Entrée / Sortie : 18/08/2020 - 18/08/2020

N° 48242

Le Docteur **RADOUANE KHADIJA**présente à **Mme ROUISSI MINA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**250,00 Dhs** (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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

**DR. RADOUANE KHADIJA**  
**RADIOLOGUE**  
**Polyclinique Atlas**  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
**RADIOLOGIE**

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 18/08/2020 Heure 11:52

Nom et Prénom du patient Mme ROUISSI MINA

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

### 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 18/08/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

**Polyclinique Atlas**  
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE