

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.

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.

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

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- 049744

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4754 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKAUTE SOUAD

Date de naissance : 14/08/1960

Adresse : 125, Rue Abou El Waqt Benguene CASA

Tél. : 0671926895 Total des frais engagés : 1383,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur N. RADHI
Chirurgien جراح
Clinique Atlas - Casa
INPE : 893337878

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOUTAKAUTE SOUAD Age :

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

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 30/08/2020

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
12 SEP 2020	U3		300	الدكتور نور الدين الراضي Docteur N. RADHI Chirurgien Clinique Atlas Casa INPE : 091117671

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEDIC BEN B. EN 3 Rue Anzo Ed. Mohdi Ben B. Tel : 022.95.15.99 - Casablanca	21/10/2020	83,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Polyclinique Atlas Rue Jean Jaures - CASABLANCA Tel : 05 22 27 40 44	21/10/2020	voir facture G. Fami	1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

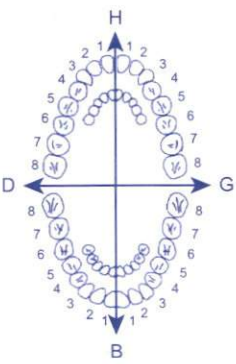
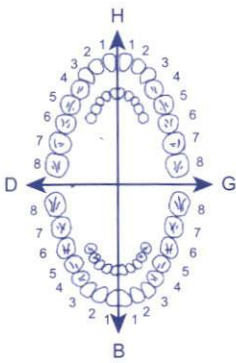
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>		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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Date :

21/10/20

PPV: 14DH00

PER: 09/23

LOT: J2499

Nom/prénom :

MOKARRITE

1400

➤ DOLIPRANE 1 g cp.



01 cp x 03/ jours.

30,00

➤ OEDES 20 mg.



01 gel le matin avant repas pdt 07j

39,70

➤ FUCIDINE pommade.

01 application deux fois par jour.

PHARMACIE MEHDI BEN BARK:
N° 3 Rue Anzo - Casablanca
Tél: 022.95.15.99 - Casablanca

LOT 191739
EXP 07/2022
PPV 30.00DH



Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

83,70

Polyclinique Atlas
ACCUEIL

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

Dr. H. IDRISSEI QATOUI
Anesthésiste-réanimateur



Polyclinique Atlas
ANFA

6 22-09-2020

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

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

Dr. TAKANITE, SOUAD

Dr. T. Ciguer

الدكتور نور الدين
Dr. N. RADHI
Atlas-Casa

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

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICISPLINAIRE

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 20/10/2020 Heure 09:40

Nom et Prénom du patient Mme MOUTAKANITE SOUAD

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 20/10/2020

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

Le : 20/10/2020 10:19

Références 5310 / Payant
Entrée / Sortie : 20/10/2020 - 20/10/2020

N° 55462

Le Docteur **RADOUANE KHADIJA**présente à **Mme MOUTAKANITE SOUAD**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

F A C T U R E

N° : **5310 / 2020** du **20/10/2020**

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme MOUTAKANITE SOUAD	Payant	20/10/20	20/10/20

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

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

Arrêtée à la somme de : MILLE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	1 000,00
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		
1 000,00		1 000,00			

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