

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° W19-531517

48766

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9564	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAHLOU ABDELHAMID			
Date de naissance : 17/07/68			
Adresse : 16, allée de perseé , CASA			
Tél. : 0661428279 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. MAJED EL PENNY ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR GSM : 0663 65 97 79			
Date de consultation : 18 NOV. 2020			
Nom et prénom du malade : LAHLOU BEN ABDELLAH Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Douleur abdominale à la suite d'un transit			
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			
Signature de l'adhérent(e) : CP			

Fait à : Le : 30/10/2020

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
30/08/2020	Ven	1	600,00	DR. MAIED EL BENI ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR GSM : 0653 65 97 79 polyclinique ACCUEIL Rue Jean Jaurès - Casablanca Tél : 0522 27 94 - Fax : 0522 27 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/08/2020	Pharmacie l'Ermitage 48, Avenue l'Ermitage Casablanca Tél : 0522 86 18 24 - Fax : 022 86 01 73 331,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. RADOUANE Khadija Dr. KTEB Dr. AIT MOURAD Dr. AIT MOURAD Dr. AIT MOURAD	30/08/2020	facture remboursement	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 :

				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



RE
PFR
LOT

89,50

LOT 2002841
EXPIRY 02/2022
PPV 40.00

Santofaventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain Seba Catiba
Enterogermina susp b 10 ml
PPV : 60,00 DH

Enterogermina susp b 10 H
P.F.V.: 60,00 DH

ie
rale
obésité
mologique

ASSER LAHLOU

89

Israïne

1) Lixifor zgél /j/ le matin
après le petit déjeuner.
peis zgél /j/ pdt /j/ servir.

2) ANTI-SPA 200g 1 epaz /j
200g 20% zpus.

$$60,00^{-2}$$

3) ENTEROGERIFINA

80. Laap sisliarhees

X2/1
INDEX acir VErmitage 2
Date: 09/22/2022

pharmacie D'Ermitage • Case 12
48, Avenue d'Ermitage • 022.86.01.75
tel: 022.86.13.24 Fax: 022.86.01.75

**Dr. MAJED EL BENNY
ANESTHÉSISTE
RÉANIMATEUR
2663 65 97 79**

~~75~~ GSM
~~polyclinique accès~~ ATLAS pdf Adj
27, Rue Jean-Jaurès - Casablanca
Tel : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

F A C T U R E

N° : 4216 / 2020 du 30/08/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr LAHLOU MOHAMED YASSER	Payant	30/08/20	30/08/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
AIDE MED. INF. K5		1,00	50,00	50,00
				Sous/Total 50,00
				Total clinique 50,00
DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	V5	1,00	450,00	450,00
				Sous/Total 450,00
				Total autres prestations 450,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total Solde
REG GLBLE DE 1200	500,00	500,00

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0529 27 94 94 . Fax : 0522 27 90 00

Le : 31/08/2020 15:37

Références

4216 / Payant

N° i49483

Entrée / Sortie : 30/08/2020 - 30/08/2020

Le Docteur EQUIPE REANIMATEURS

présente à Mr LAHLOU MOHAMED YASSER

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
450,00 Dhs (QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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

Dr. MAJED EL BENNY
ANESTHÉSISTE
RÉANIMATEUR
Gsm: 0663 55 97 70

polyclinique Atlas
ACCÈS
Cache et signature
Tél: 0522 21 94 94 - Fax: 0522 21 90 00

6 30/08/2020

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

Mr LAHOU. YASSER.

Echographie

Dr. MAJED EL BENNY
ANESTHÉSISTE
RÉANIMATEUR
Gsm : 0663 65 97 79

Abdominal

Polyclinique **Atlas**
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA

Tel : 05 22 27 40 43
RADIOLOGIE

Dr. MAJED EL BENNY
ANESTHÉSISTE
RÉANIMATEUR
Gsm : 0663 65 97 79



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° : 4229 / 2020 du 30/08/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr LAHLOU MOHAMED YASSER	Payant	30/08/20	30/08/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
ECHOGRAPHIE ABDOMINAL		1,00	350,00	350,00
				Sous/Total 350,00
				Total clinique 350,00
DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)	ECHO	1,00	350,00	350,00
				Sous/Total 350,00
				Total autres prestations 350,00

Arrêtée à la somme de :			
SEPT CENTS DIRHAMS			
Encaissé espèce.	Encaissé chèque	Total	Solde
	MONTANT GLB DE 1200DH	700,00	700,00

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

Le 30/08/2020

MR LAHLOU MED YASSER

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Résultats :

Abdomen météorisé.

- Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène.
- Vésicule biliaire, à paroi fine et à contenu transonore.
- Absence de dilatation des VBIH.
- VBP de calibre normal, libre.
- TP de calibre normal, perméable.
- Rate, pancréas (tête) d'aspect normal.
- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- La vessie est vide.
- Absence de visualisation d'appendice normal ou pathologique.

CONCLUSION

✓ *Absence d'anomalie échographique décelable sur cet examen.*

Cordialement



Le : 31/08/2020 15:48

Références

4229 / Payant

N° 49555

Entrée / Sortie : 30/08/2020 - 30/08/2020

Le Docteur RADOUANE KHADIJA

présente à Mr LAHLOU MOHAMED YASSER

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

350,00 Dhs (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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



Cachet et signature