

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-695216

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IBRAHIM ABDELLATIF
 Date de naissance : 01-01-1946
 Adresse : N° 34 Rue Anoual Hay FES
 Tél. : 06 65 06 05 23 Total des frais engagés : 1510,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. HARZY Taoufi
 Professeur en Rhumatologie
 WhatsApp : 06 65 06 05 23
 INPE : 101 071 60
 Date de consultation : 09/09/2022
 Nom et prénom du malade : El Bezzeri
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte
 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 : FES Le : 01/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-695216

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3166
 Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIM ABDELLATIF
 Total des frais engagés : 1510,00 Dhs
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01				INP : Dr. HARZY Taoufik Professeur en Rhumatologie WhatsApp : 06 65 06 06 28 INPE : 101 071 603
02				
03				
04				

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07-09/22 1169

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

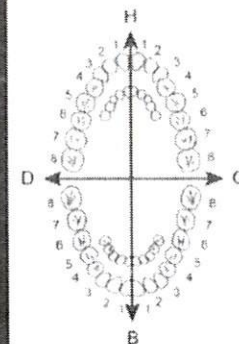
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

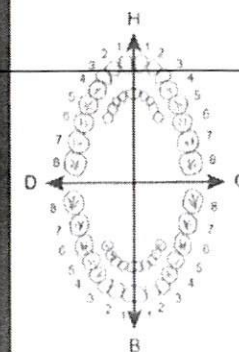
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS



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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Docteur

Fès, le : 01/09

No 22

El Bezzi

Zakra

188/10 + 3

① Piacidid 300

Pharmacie Farah
13 AV. YAHYAOU FACHIDA
TEL: 05 35 60 05 14
INPE: 14202326514

مصحة الأطلس
POLYCLINIQUE ATLAS
Rte de Sefrou - Fès
Tel: 0535 65 01 23/24 - Fax: 0535 96 04 15

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 002914234000045 - RC : 70437

Dr. HARZY Taoui
Professeur en Rhumatologie
WhatsApp: 06 65 06 06 2
INPE: 101 071 60

2.980 + 2
Nado (2 boites)

160,00

3

Algaril gel.

160,00

Dr. Mohamed Tachir
Professeur en Rhumatologie
WhatsApp : 06 65 06 06 28
INPE : 101 071 600

1160,00

PIASCLELINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLELINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

PHARMACIE EL KHALIL
DR. YAHYAOUI KACHIDA
FARAH 2
-FES-
0514
3265



Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 01/09/2022

Nom : El Bazzar

Prénom : R. R. R.

- Honoraire Dr. :

• Somme : 35000

Dr. HARZY Taoufi
Professeur en Rhumatologie
WhatsApp : 06 65 06 06 20
INPE : 101 071 60

مصحة الأطلس
POLYCLINIQUE ATLAS
طريق صفرو - فاس
Rte de Sefrou - Fès
Tel 0535 64 01 23/24 - Fax : 0535 96 04 15

Cachet et Signature

Dr. HARZY Taoufi
Professeur en Rhumatologie
WhatsApp : 06 65 06 06 20
INPE : 101 071 60

Bd. My Rachid Route de Sefrou Fès V.N. - Tél. : 0535 641 697 / 0535 641 123/24 - Fax : 0535 657 969

CNSS : 1294305 - Patente : 13244502 - I.F : 04500667

ICE : 001915534000012 - Email : polycliniqueatlas88@gmail.com