

# 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3166	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	IBRAHIM
Nom & Prénom : IBRAHIM		ABDELLATIF	
Date de naissance : 01 - 01 - 1946		Rue Anoual Hay	
Adresse : N° 34 FARAHI		FES	
Tél. : 056563042		Total des frais engagés : 15.10,00 Dhs	
<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin : Dr. HARZY Taoufi</p> <p>Professeur en Rhumatologie</p> <p>WhatsApp : 06 55 06 05 29</p> <p>INPE : 101 071 60</p>			
<p>Date de consultation : 09 / 09 / 2022</p> <p>Nom et prénom du malade : El Bezazri</p> <p>Lien de parenté : M R Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>Nature de la maladie : Gonarthrose</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : FES</p> <p>Signature de l'adhérent(e) : </p> <p>Le : 01 / 09 / 2022</p>			

## VOLET ADHÉRENT

### 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 : 15.10,00 Dhs  
 Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre 60 Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01				
02				
02/22				

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/2011	1169,00

## **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	

#### VOLET ADHERENT

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préviser 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'op-

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>													
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00060000</td> <td>00060000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		26533412	21432552	00060000	00060000	00000000	00000000	35533411	11432553	B	
	H																
	26533412	21432552															
	00060000	00060000															
	00000000	00000000															
35533411	11432553																
B																	
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00060000</td> <td>00060000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>		D			00060000	00060000	35533411	11432553	G						
D																	
00060000	00060000																
35533411	11432553																
G																	
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															



# مصحة الأطلس - فاس Polyclinique Atlas - Fès



Docteur:

Dr. HARZ Y. TAOURIT  
Professeur en Rhumatologie  
WhatsApp: 06 65 06 06 28  
INPE: 101 071 603

Fès, le: 01/09

No 02

## ORDONNANCE

El Bezz...  
Babca

188/073  
6 C piadidol 300



PHARMACIE FARAH  
DR. YAHYAOUA BACHIDA  
13 AVENUE ATIR FARAH 2  
TEL: 05 35 60 05 14  
INPE: 1420232655

Dr. HARZ Y. TAOURIT  
Professeur en Rhumatologie  
WhatsApp: 06 65 06 06 28  
INPE: 101 071 603

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

2980 + 2  
2980  
48  
(250,00)

100.000

③ Algérie gel.

100.000

Dr. Sidi Ben Abdellah  
Professeur en Rhumatologie  
WhatsApp: 06 65 00 05 20  
INPE: 101 071 601

1160,00

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 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

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG  
DR. YAHIAOUI RACHIDA  
FARAH 2  
13 A  
TEL: 05 14 3265  
FES  
PIASCLEDINE® 300MG  
DR. YAHIAOUI RACHIDA  
FARAH 2  
13 A  
TEL: 05 14 3265  
FES



# Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



## NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 01/09/2022

Nom : El Bejjani

Prénom : R-Rra

- Honoraire Dr. :

• Somme : 350 Dhs

Dr. HARZY TAOUFI  
Professeur en Rhumatologie  
WhatsApp : 06 65 06 06 29  
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 29  
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