

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0039948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08601 Société : Commun

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KASSID AZEDDINE

Date de naissance : 13.07.1959

Adresse : Route mager REG KASSAM 4 FES

Tél. : 060905989 Total des frais engagés : 46240 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 FEB 2020

Nom et prénom du malade : SOKE ALAOUIN NAJAT Age: 60

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

Fait à : FES Le : 13/02/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039948

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

13/02/2020 C.S. 2500 DH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ZAHRA - FES

Tél: 05 35 64 29 24
INPE: 142057793

13.02.20

56,60

13.02.20

155,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

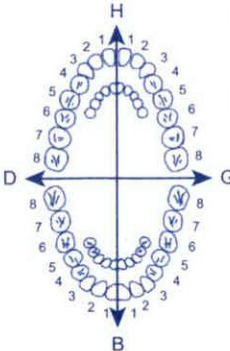
AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

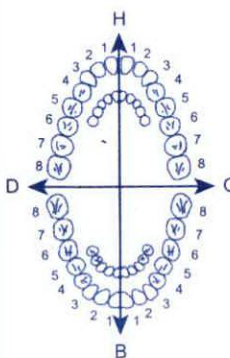
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le

Alaoui Najat

Pr. El MIRI Abdelmajid
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CHU Hassan II - Fès
141146126

Diprost 2p

42

56,60

Pharmacie Zahra
Mme Bahija TAZI Ep. BERRAD
5, Route de Sefrou - Tél: 0535 64 01 23/24

611 800115 0137
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 58,80 DH
AMM 235DMP/21/TT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouekoura

Pr. El MIRI Abdelmajid
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CHU Hassan II - Fès
141146126

POLYCLINIQUE ATLAS
Boulevard Rachid - Fès
Tél: 05 35 64 01 23/24
Fax: 05 35 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 : 001915534000012



مصحة الأطلس - فاس Polyclinique Atlas - Fès



ORDONNANCE

Docteur :

Pr. El MRINI Abdelmajid
Professeur
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CHU Hassan II - Fès
141146126

Pr. El MRINI Abdelmajid
Professeur
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CHU Hassan II - Fès
141146126

Hydroflex
140x3
6.53
Adair
140



Pharmacie Fès Saïs
Dr. Khedija Benmlih Tayà
Route d'Imouzer - Fès
Tél: 0535 61 10 33

Pr. El MRINI Abdelmajid
Professeur
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CHU Hassan II - Fès
141146126

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 : 001915534000012



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES

NOTE D'HONORAIRE



40004169

FES, LE

13/02/20

NOM : *Alaoui*

PRENOM : *Najat*

HONORAIRE DR

○ **250.00 DHS (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS).**

CACHET ET SIGNATURE

Route de Sefrou Fès V.N. Tél.: 0535 641697/0535 641123/24 fax 035657969

CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667

ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com