

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-574432

64305

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4690 Société : R.A.N.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LABBAKI KHALID
 Date de naissance : 13-03-1958
 Adresse : N° 4 AV ORAN RUE ADIS ABABA
 ZOHOR 1 FES
 Tél : 0656 463036 Total des frais engagés : 732,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Khalid CHAKOUR
 Professeur de l'Enseignement Supérieur
 à la Faculté de Médecine de FES
 Service de Neurochirurgie
 CHU Hassan II de FES
 Date de consultation : 26/2/2021
 Nom et prénom du malade : Khalid Labbaki Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie chronique
 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 : 26/02/2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 Allal 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

[illegible]

Dr. Khalid ELIAKOUR
Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
CHU Hassan II - FES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>PHARMACIE AL FADILA</p> <p>Dr. ALAMI TOURIYA</p> <p>117, Rue Al-Karimiyah, Freetown</p> <p>Rte. Sidiou Dar VIN.</p> | 26/2/2021 | 232,90 |

NPE 142004472

[illegible]

CENTRE DE RADIOLOGIE ATOMIQUE

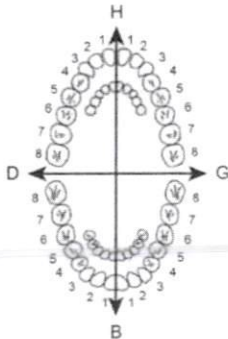
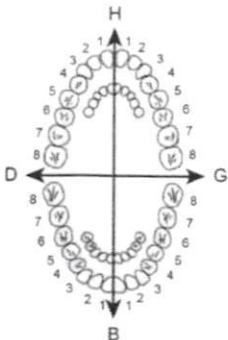
[illegible]

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 l'ODF.

| 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

| | |
|------------------|--|
| Nature des Soins | |
|------------------|--|

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

| |
|----------|
| 21433552 |
| 00000000 |

| | |
|--|--|
| | |
| | |

00000000
00000000

00000000

6

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le 26/2/2021

Dr. Kabouki Khalid

89,00

1 - Celebrex 200 gelule

1 gel / j x 7 j

86,80

2 - Sirdalud 4 mg

1 - 1 x 7 j

35,10

3 - Benidolze cp

22,00

1 cp x 2 / j x 7 j

4 - IPP 20 mg

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid - Route de Sefrou - FES

Tel : 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 : 001521566000031

Dr. Khalid CHAKOUR
Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
CHU, Hassan II - FES

IPP®
Célébrezole 20 mg
Boîte de 7 gélules
P.P.V. : 22,00 DH
80x21x118



6 118000 191766

Lot. 1287991
Exp. 01/2022 89.00
89.00
P10002678

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH



6 118001 030293

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 350H10 EXP 10/2023
LOT 08006 1



Clinique multidisciplinaire médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU FES



FES, LE 26/12/12

NOM : Labbaki

PRENOM : Khalid

HONORAIRE DR

o 350.00 DHS (TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE

Dr. Khalid CHAKOUR
Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
CHU Hassan II - FES

Route de Sefrou Fes V.N. Tél.: 0535 641697/0535 641123/24 fax 03565791

CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667
ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 26/2/2021.

Dr. Labbaki Khalid —

Rx epaule dte Fac.

60 30 96 03 09
ROUTE DE SEFROU - FES
POLYCLINIQUE ATLAS
CENTRE DE RADIOLOGIE ATLAS
Tel : 05 35 96 03 09

Dr. Khalid CHAKOUR

Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine de FES
Service de Neurochirurgie
CHU, Hassan II - FES

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 : 001521566000031



Dr Fadoua AMEZIAN

Spécialiste en Radiologie

Diplômée de la faculté de médecine de SFAX (Tunisie)
Ancienne médecin des hôpitaux de Besançon (France)

Facture 1432/21

NOM ET PRENOM : LABBAKI KHALID

DATE : 26/02/2021

| Examens | cotation | Montant |
|----------------|----------|---------|
| RX épaule face | Z14 | 150 |
| <u>TOTAL</u> | | 150 DH |

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME

CENT CINQUANTE Dirhams

**Dr Fadoua AMEZIAN**

Spécialiste en Radiologie

Diplômée de la faculté de médecine de SFAX (Tunisie)

Ancienne médecin des hôpitaux de Besançon (France)

26/02/2021*A Mr le Docteur: **KHALID CHAKOUR****J'ai reçu votre patient, **Mr. LABBAKI KHALID** pour
une Rx épaule droite face.*

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE FACE

RESULTAT :

- Articulation gléno-humérale respectée.
- Espace sous-acromio-claviculaire d'aspect normal.
- Pas d'anomalie de la trame osseuse.

Dr Fadoua AMEZIAN
Spécialiste en Radiologie
Polyclinique Atlas : Route de Sefrou - Fès
Tél : 05 35 96 03 09
Fax : 05 35 73 47 60
Urgences : 05 35 64 01 24