

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-651228 - A

ND: 88042



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 4885

Société : RAM Patient -

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MABROUKI ABDEMBI

Date de naissance : 04/03/1954

Adresse : 1660 Rue Poirier Saint-Laurent H4L 1J1

(Québec) CANADA

Whatisope 0766634271 Total des frais engagés : 2860,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. KHATOUR Mohammad  
Professeur d'Anesthésie Réanimation  
Service d'Anesthésie Réanimation  
Polyvalente A1  
CHU Hassan II - Fes  
INPE : 14105745

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/08/2021

Nom et prénom du malade : Dr. Khatour Mohammad  
Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Dr. Khatour Mohammad  
Age : 65

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/08/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES ATOUF MOHAMMED				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé par des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/05/2011	VF	100.0	100.0	CHU HASSAN - FES INP : 141057745 INPE : 141057745
			100	Dr. MOHAMMED ATOUF CLINIQUE ATLAS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE LA VICTOIRE DE FES Montage de la Facture
PHARMACIE LA VICTOIRE DE FES SABRA Dr FASSI FIHRI Omar 05 35 73 23 80	22/08/2008	Dr FASSI FIHRI Omar 05 35 73 23 80 Rue Abou. Houcine Lot-Badr ou Zetou 23 60 30

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)															
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>															



ORDONNANCE

Docteur :

0661414165

Fès, le : 22/08/21

131.60

75 مابراكي أسليني

1<sup>o</sup> Catex 500 Cp x 21 J x 10

170. 600 Ken 200 Cp x 21 J x 8

180. 2<sup>o</sup> Dexamethasone

1735,00 (30/7,00 x 50) gel 15

3<sup>o</sup>

Novocaine

1 inj 1/2 h

x 10 j

30. 70

4<sup>o</sup> Kardegi 75

151 J

14. 70 5<sup>o</sup> Dolipr 1g x 3

15 J

99. 70 6<sup>o</sup> Odes 20

15 J

Urgences : 16.24

BSU et Salle d'Urgence : 16.24  
Route de Fès

Tel : 05 24 6 33 55 55  
Fax : 05 24 6 33 55 55

E-mail : polycliniqueatlas@gmail.com  
ICÉ : 00152 66000031

AFRIC-PHAR  
LOT 20N107 EXP 11/2023  
PPV: 131DH60

LOT 211004  
EXP 04 23  
PPV 170.00 DH

12 C pour 1 prise

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

LOT: 21E003 PER: 12/2022

6 118000 061847

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2119

LOT 201159

EXP 04/2023

PPV 99.00DH

DR KHATOUF  
Professeur d'Anesthésie  
Service d'Anesthésie Réanimation  
Polyvalente A1  
CHU Hassan II - Fès

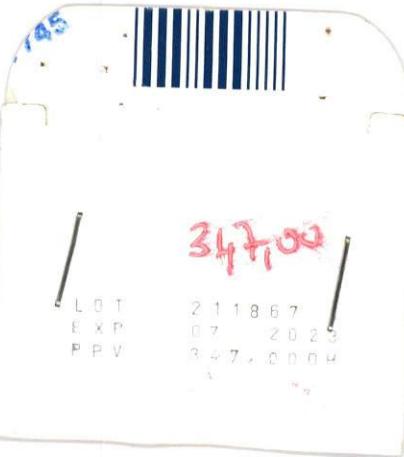
INPE : T41057715

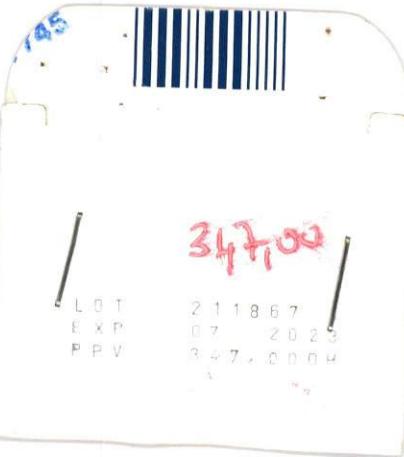
Gsm : 06 61 46 02 89

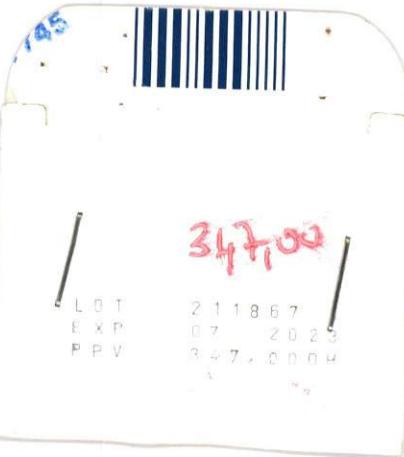
Site Web : www.policlinique-atlas.com

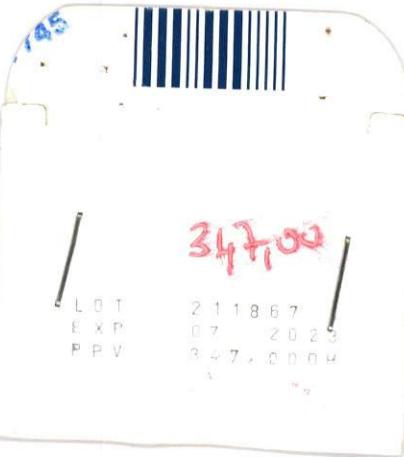
2360,35











# POLYCLINIQUE ATLAS.

Clinique Multidisciplinaire Médico-chirurgicale

BD MY RACHID ROUTE DE SEFROU

## F A C T U R E

N° 2 592 F/ 2021 du 22/09/2021

Nom patient	MABROUKI ABDENBI	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	22/08/2021	22/08/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>100.00</b>
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. KHATOUF MOHAMED (anest - reanimt)	1.00		400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400.00</b>

	<b>Total général</b>	<b>500.00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENTS DIRHAMS		500.00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	500.00				500.00	0.00

مصحة الأطلس  
POLYCLINIQUE ATLAS  
Rte de Sefrou - Fès  
نبر ٥٣٥٦٤٠١٢٣/٢٤. Tel: ٥٣٥٩٦٠٤١٥ Fax: ٥٣٥٩٦٠٤١٥

Le : 22/08/2021

Références

2 592 / PAYANT

Entrée / Sortie : 22/08/2021 - 22/08/2021

Le Pr. KHATOUF MOHAMED

présente à Mr MABROUKI ABDENBI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
400.00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS

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

مصحة الأطلس  
POLYCLINIQUE ATLAS  
Rte de Setrou - Fès  
Tel 0535 64 01 23/24 - Fax 0535 96 04 15

Dr. KHATOUF Mohammed  
Professeur d'Anesthésie Réanimation  
Service d'Anesthésie Réanimation  
Polyvalente A1  
CHU Hassan II - Fès  
INPE : 141057745

Cachet et signature