

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.

N° W21-648944

11788

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 4690 Société : R.A.T

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LABBAKI Khalid

Date de naissance : 13.03.1958

Adresse : N° 4 AV ORAN RUE ADIS ABABA

ZOHAR 1 FES

Tél. : 06 56 46 30 36 Total des frais engagés : 644,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2022

Nom et prénom du malade : Amal Chakour

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hernia Cervico-Abdominal

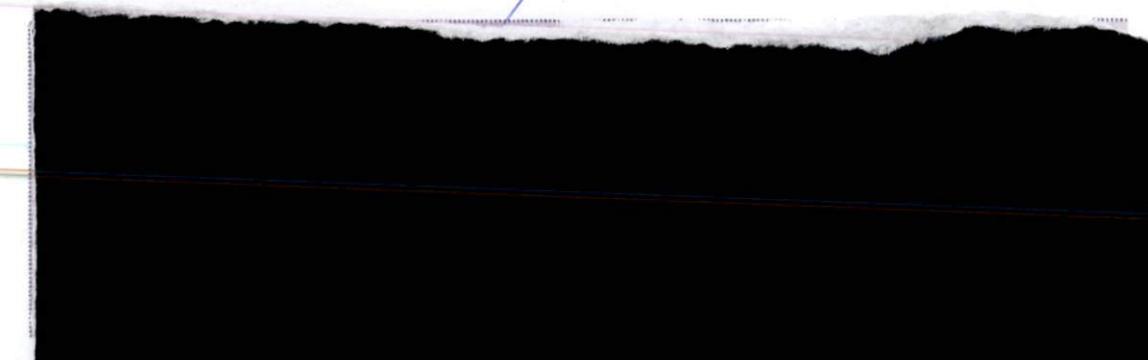
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

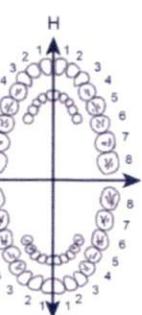
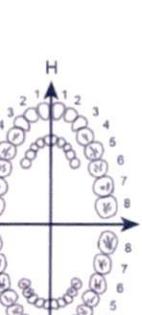
Fait à : Le : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALYADILA Mr. ALAMI M. Ioumna 7, av. Al Karama Mon Fleuri I ES - 2005 25 64 42 31	10/05/2022	294,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				OD.F PROTHESES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 200px;"> <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="border-bottom: 1px solid black;">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></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
					00000000	00000000																	
				D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																					
B																							
[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"/>																							



140004169

ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 10/5/2022

4^{me} Amal Mikou

1 - Arcovine 50 mg
133,00 1/1st x 7

2 - Sirdalud 4 mg
86,70 1/2 - 1 x 7

3 - Nitromeril 40 mg
28,80 1/2 x 31st x 7

4 - Etium 20 mg
46,00 1/2 x 31st x 7

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

ICP : 002914234000045 - RC : 70437



SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH

PPV : 46DH00
PER : 06/23
LOT : K2359-1



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





Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 10/15/2022

Nom : M. Kon

Prénom : Amel

- Honoraire Dr. :

• Somme : 3500 D.H

ج.ب.ل
الطب الأطلسي
Polyclinique ATLAS
Rte de Sefrou - Fès
Tel: 0535 64 01 23/24 - Fax: 0535 96 04 15
ج.ب.ل صنف. - ج.ب.ل

Cachet et Signature
Dr. Khalid CHAKOUR
Masseur de l'Enseignement Supérieur
Faculté de Médecine de FES
Faculté de Neurochirurgie
Service de Hassan II - FES