

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-816813

180926

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08001

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSID AZEDDINE

Date de naissance : 13.07.1959

Adresse : N° 4 DES

Tél. : 06 60245282

Total des frais engagés

1185 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. EL MIRINI Abdelmajid  
Professeur

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
CHU Hassan II - Fès

01 NOV. 2023

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KASSID AZEDDINE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Fracture de l'humérus

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 : 01 NOV. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01 NOV. 2023

RELEVE 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
31/08/83	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	55	141140126	Pr. El MELNIKOFF Professeur CHU Hassan II B.C. A

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'ENTRE	31/01/18	30,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	3.10.8183					850.00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																															
				MONTANTS DES SOINS																															
				DÉBUT D'EXÉCUTION																															
				FIN D'EXÉCUTION																															
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																															
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>								H		21433552		25533412		00000000		D		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
				H		21433552																													
				25533412		00000000																													
				D		00000000																													
00000000		00000000																																	
35533411		11433553																																	
B																																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																			
D DATE DU DEVIS																																			
DATE DE L'EXÉCUTION																																			



# مصحة الأطلس - فاس Polyclinique Atlas - Fès



## ORDONNANCE

Docteur : ..... Fès, le : 17/9/23

R

Riyad Kassab

Pr. EL MREJBI Abdellmajid  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
CHU HASSAN II - FES  
INPE 141145126741

39,50 x 2 Adawal s/s S.V

TA: 29,00 140 x 2 (x 2)

الطبابة المغربية  
PHARMACIE L'ENTENTE  
El Aaimi Hichem  
Docteur en Pharmacie - Fès  
42 Route de Sefrou - Fès  
Tél : 05 35 65 81 31  
Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

**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

**CODAMOL PLUS**

24 comprimés effervescents

P.P.V. : 39,50DH



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

**CODAMOL PLUS**

24 comprimés effervescents

P.P.V. : 39,50DH



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc



# مصحة الأطلس - فاس Polyclinique Atlas - Fès



## ORDONNANCE

Docteur :

KassiD Ryad

Fès, le : 31/10/2023

Dr. EL MIRINI Ryad  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
CHU Hassan II  
141145128

Ryad

39.50

Colostomy

S.V

140x40

136.50

Anoxia 12

S.V

1

140

132.50

Atlas

S.V

1

T = 306.5

Dr. EL MIRINI Ryad  
Professeur  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
CHU Hassan II  
141145128

السترة الوقاية  
PHARMACIE L'ENTENTE  
Dr. Alain Hicham  
Conseiller en Pharmacie  
42 Bis Route de Sefrou - Fès  
Fix : 05 35 65 81 31

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



NOM DU PATIENT : KASSID RYAD

LIVRE LE 31/08/2023

# FACTURE

N°987/23

• FES LE:05/09/2023

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX TTC	MONTANT
ANCRE	1	800,00	800,00
TVA 20%			133,33
TOTAL TTC			800,00

LA PRESENTE FACTURE EST ARRETEE A LA SOMME DE :

HUIT CENTS DIRHAMS

