

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

OK

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

ND: 31 294

Déclaration de Maladie : N° P19- 0017535

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2623 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AJJANI DRISS Date de naissance 25/01/1957

Adresse : 42 AVENUE FERN KHATIB APT 2 FES

Tél. : 06 65 10 67 03 Total des frais engagés : 624.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 Mars 2020

Nom et prénom du malade : BONI BLAH MOUSRA Age : 45 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Adenopathie cervicale

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

Signature de l'adhérent(e) : Affaut

Le : 16/03/2020

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
10 Mars 2020	G	A	500 DH	Docteur OUDJEDD Professeur ORL TPA : Polyclinique Atlas - FES INPE 141 062 612 - TEL : 06 61251826

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHAUMERIE - SAINT-AGATHA	10/04/20	320,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

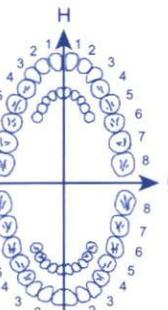
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 D B 	G	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 10 Mars 2020

n° : 2623

Bouabtak Yousra.

26927

Docteur OUDIDI Abdellatif
TPA : Polyclinique Atlas - FES
INPE : 141 062 612 - TEL : 06 61262826



X-

Catex 500

1 - 0 - 1 jd 10 jours

1 - 0 - 1

1/4

Surgam 200

Ad R ious

1 - 0 - 0



32000

✓

AFRIC-PHAR
: 193164
: 03/22
PPV : 269DH00

LOT N°
PER. 06/2022
LOT : 193164
CP SEC B20

P.P.V : 55DH40

SURGAM 200MG

CP SEC B20

P.P.V : 55DH40



Pharmacie
Dr. ABDERRAHIM
TPA : Polyclinique Atlas - FES
INPE : 141 062 612 - TEL : 06 61262826

Docteur OUDIDI Abdellatif
Professeur ORL
TPA : Polyclinique Atlas - FES
INPE : 141 062 612 - TEL : 06 61262826

Urgences : 24h/24h

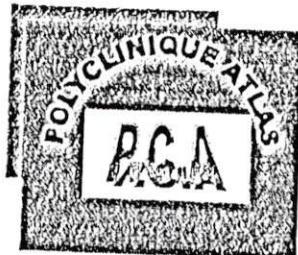
Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

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'HONORAIRES



140004169

FES, LE

10 Mars 2020

M6: 26 23

NOM :

Dr OUDIDI Abdellatif
Professeur ORL
Polyclinique Atlas - FES
TEL: 06 61252826

PRENOM :

Yousra

HONORAIRE DR

- o 300.00 DHS (TROIS CENT DIRHAMS).

CACHET ET SIGNATURE

Route de Sefrou Fès V.N. Tél. 10535 641697/0535 641123/24 fax 035657969
CNSS: 1294305 - Patente : 13 24 45 02 - Id. Fisc. : 04 500 667
ICE : 001915534000012 / EMAIL : polycliniqueatlas88@gmail.com