

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.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-795089

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1922

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

ELAZAIZI MOHAMMED

Date de naissance :

01/06/1952

Adresse :

HAY AZHAR IMME APPY4 AVENUE IBN KHATIB

Tél. :

052/608347

Total des frais engagés :

770,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/10/23

Nom et prénom du malade :

Elazaizi Mohammed

Age :

72

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

cardiopathie opérée

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-795089

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

1922

Nom de l'adhérent(e) :

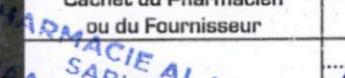
ELAZAIZI

Total des frais engagés :

770,40

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
10/10/13	Ulcère		50,00	
10/10/13	Gauche		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2012/01/23	470,420 DA

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

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

LOT: 23E006
PER: 03 2025

KARDECIG 150MG
SACHETS 830


P.P.V: 35DH70

118001 081189

LOT : 23E004
PER: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

ALDACTONE 50[®] mg
spironolactone

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58.10 DH

KARDEGIC 150MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E006
PER...03 2025
118001081189

KARDEGIC 150MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
LOT : 23E006
PER: 03 2025

97.60

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

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

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الكوثر

CLINIQUE AL KAWTAR

جميع الاختصاصات
Toutes Spécialités



FACTURE N° 202312769

FES Le : 10-10-2023

page 1 / 1

Identification	
N° Dossier : 23J10100200	N° IPP : 008303/23
Nom & Prénom : M. EL AZAIZI MOHAMMED	
C.I.N. : C46457	
Date Naissance : 01-06-1952	
Adresse : FES	

Médecin traitant
DR. MESSOUAK MOHAMMED

Organisme : Payant
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 10-10-2023
Date Sortie : 10-10-2023

Traitement
Consultation

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
PART CLINIQUE		1	50,00			50,00
Sous Total						50,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						50,00
HONORAIRES MEDICAUX						
DR. MESSOUAK MOHAMMED (CARDIO-VASCULAIRE)		1	250,00			250,00
Sous Total						250,00
TOTAL PARTIE AUTRUI						250,00
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS

Facture Imprimer par : EL OUATAR KHOLOUD

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
TPE		300,00 Dh	0,00 Dh

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01
INDE : 140006610

SCP

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162 - ICE : 001637627000066

CLINIQUE AL KAWTAR : AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES

Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82

cliniquealkawtar2014@gmail.com

cliniquealkawtar@menara.ma

URGENCES 24h/24
05 35 61 19 00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification





مصحة الكوثر CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzer FES
Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82
cliniquealkawtar2014@gmail.com
cliniquealkawtar@menara.ma

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le 10.10.2023

Medecin Traitant :

Nom : EL Agzigi

Prénom : Mohammed

tt de 3 mois

56,8'

1- ALBactone 60mg

34,6'

2- Lasi lic 40mg

35,7' x 3 = 107,1'

3- RanDgie 160mg

58,1' x 3 = 174,3'

4- CarDenziel 6mg

97,6'

5- RenUp 60mg

470,4'

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 10/10/2023

LE:10/10/2023

DATE SORTIE : 10/10/2023

DR. MESSOUAK MOHAMMED (CARDIO-VASCULAIRE)

HONORAIRES : 250,00 Dh (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)

PATIENT : M. EL AZAIZI MOHAMMED

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01
INDE : 1400000000

signé et cacheté

