

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-795089

CO

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1922	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	18684
Nom & Prénom :		El AZAIZI MOHAMMED	
Date de naissance :	01/05/1952		
Adresse :		HAY AZHAK IMME APP 4 AVENUE IBN KHALDOUN	
Tél. :	0531 609347	Total des frais engagés :	770,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/10/1943

Nom et prénom du malade

El Azaizi Mohamed

Age : 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

canalopathie opérée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

0531

12 DEC 2023

le : 12 DEC 2023

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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1922
Nom de l'adhérent(e) : El AZAIZI

Total des frais engagés : 770,40

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/10/73	Uceme	5	60,00	INP
10/10/73	Gautine	250	00	AV. MEDICALE TOUTES ES FONCTIONNEMENTS TEL: 05 55 61 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KORACHI SARL-AU ALKHATEB, HAYAL AZHAR AIN CHKEF FEZ 05 38 20 00 00	ASTA 0123	M.F. 430 D.D.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR
جميع الاختصاصات
Toutes Spécialités

CLINIQUE AL KAWTAR

140006610

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

Organisme : Payant

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 10-10-2023

Date Sortie : 10-10-2023

Médecin traitant

DR. MESSOUAK MOHAMMED

Traitements

Consultation

	Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coeff	Total
PRESTATIONS							
	PART CLINIQUE		1	50,00			50,00
				Sous Total			50,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE							
HONORAIRES MEDICAUX							
	DR. MESSOUAK MOHAMMED (CARDIO-VASCULAIRE)		1	250,00			250,00
				Sous Total			250,00
TOTAL PARTIE AUTRUI							
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 Imouzzer - Fès
Tel : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01
Inscr. 140006610

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

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

**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



140006610

ORDONNANCE

Fès le 10.10.2023

Medecin Traitant :

Nom : EL Azaïg

Prénom : Mohammed

56,8°

1) - ALBactone 50 mg

34,6°

1/2 CP/

2) - Lasilic 40 mg

35,8° x 3 = 1/2 CP/

3) - Kardegec 160 mg

58,1° x 3 = 1/2 CP/

4) - Cardenotiel 5 mg

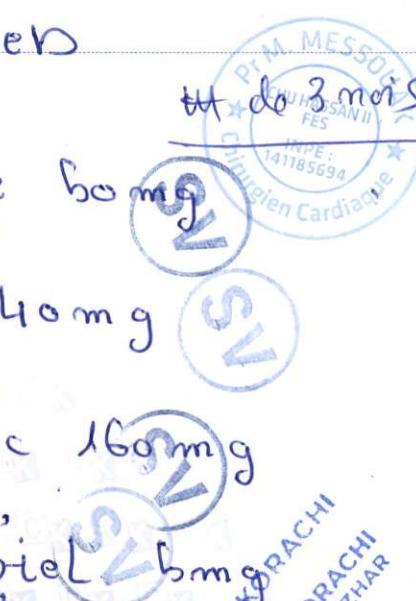
97,6°

1/2 CP/

5) - Replip 160 mg

470,00

1/2 CP/



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 10/10/2023
DATE SORTIE : 10/10/2023

LE:10/10/2023

DR. MESSOUAK MOHAMMED (CARDIO-VASCULAIRE)

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

PATIENT : M. EL AZAIZI MOHAMMED

CLINIQUE AL KAWTAR
Av. Md El Fassi - Specialités
Toutes Spécialités
Tel: 05 35 51 19 00
Fax: 05 35 51 19 91
Insc. 1410001512

signé et cacheté

