

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M20- 0002279

105301

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. M. El Fassi Bessib. Al Qads n° 19.
Fès

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 1800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ALAOUI ISMAÏL ABDELLAH
OPHTALMOLOGUE
6 Bis, Av. Ahmed Chawki - FES
Tel : 05 35 94 00 04
INPE : 141201525

Date de consultation : _____/_____/_____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Conseil en optique

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 : 07/08/2017 Le : 07/08/2017

Signature de l'adhérent(e) : fatima

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
07.09.99	CS	GT		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	J M	I V	
OPTIC SAIDI OPTICIEN - OPTOMETRISTE LOT AL AMIR N°4 RTE AIN CHKEF - FES INPE : 145011060 	15/02/22	Routine	+ Veus	=		18000

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



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

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

ORDONNANCE

Fès le

02.02.2022

Dr. Abdass
Patient

Fracture + une ul

0° + 0,75 (-2 à 100°)

0° (-0,75 = 80°)



add v R + 300g

DR ALAOUI ISMAÏL ABDELLAH
 - DR HAMED CHAWKI -
 6 Bis, AV Ahmed Chawki - FES
 Tél : 05 35 61 19 00 04
 INPI : 14200525

URGENCES 24h/24
 05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
 BUREAU VERITAS
 Certification



Lot Amir N°4, Saada
Route Ain Chkef km1
FES
Tél : 05 35 60 47 07



Patente : 14001874
R.C : 44 986
IF : 16180675
ICE : 001752687000065

FACTURE

N° de Facture	Date de Facture
40/22	15/02/22

CLIENT
1 ^{me} AIRDASS Fatima

QTE	DESIGNATIONS	P.U	TOTAL T.T.C
1	Nature	500 Dm	500 Dm
2	Vers pampers organics 16 Anti-reflects $D = +0.75 -2$) 100 $C = (-0.75) 80$ $ad = +3$	650 Dm	1300 Dm

TOTAL T.T.C

1800 Dm

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille huit cents dinars

OPTIC SAIDI
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
LOT AL AMIR N°4 RTE AIN CHKEF - FES
INPE : 145011060