

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-764631



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société	
Matricule : 1712		Nom & Prénom : HAYANI MECHKEH A1 Azzedine	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 26-01-1977		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : 45 Rue Masuoda B1 ALATIR Hay Farah Fez		Total des actes engagés : 1798,00 Dhs	
Tél. : 06 63 47 10 63			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 25-03-2022	
Nom et prénom du malade : HAYANI MECHKEH A1 Azzedine Age : 67	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Cancer du sein	
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 : Kenitra

Signature de l'adhérent(e) : Hossna

Le : 10/07/2022

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
25/07/22		(c)		INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/22	1298,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

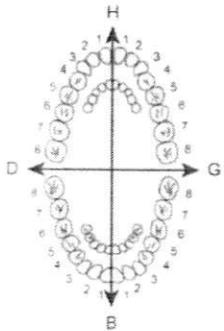
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

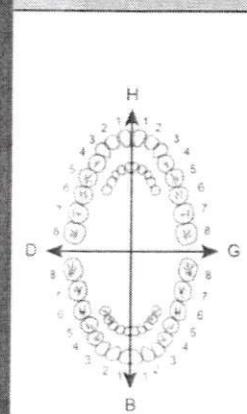
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DEBUT D'EXECUTION 

FIN D'EXECUTION 

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DATE DU DEVIS 

DATE DE L'EXECUTION 

Dr. El Ouazzani Amine
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux



الدكتور الوازاني أمين
أخصائي في أمراض
القلب والشرايين

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
PER: 05/2025
LOT: 21E010
6 118000 060468

Ordonnance du 25/07/2022

23.
341,60
- MR HAYANI MECHKOURI AZZEDDINE
- Lasilix 40 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
 - Plavi 75 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
 - COSYREL 510 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
 - REXABAN 20 mg
1 Comprimé, midi, pendant 3 mois
 - Ld-nor 20 mg
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois
 - INESO 20 mg
1 Gélule, matin, pendant 3 mois
23.
98,10
24.
350,60
- 1298,00

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
PER: 06/2025
LOT: 21E014
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
PER: 06/2025
LOT: 21E010
6 118000 060468

Dr EL OUAZZANI AMINE
Cardiologue et Interventionnel
Angle Av. Mohamed V et Av. Moulay Abdellah, Bureau n° 16 - Kénitra
Tél : 0537376262 / NPE 05120794

Késidence El Morjane, Angle Av. Mohamed V et Av. Moulay Abdellah, Bureau n° 16 - Kénitra.
إقامة المرجان زاوية شارع محمد الخامس و مولاي عبد الله مكتب رقم 16، القنيطرة

06 61 32 90 32 / 05 37 37 62 62 @ el.amineouazzani@gmail.com

35,00

35,00

35,00

35,00

14011057

6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057

6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057

6 118001 130269

COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PREScrittes