

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



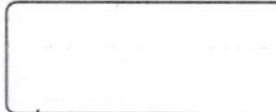
Déclaration de Maladie

N° W21-770786

AUS 820
RESEAU
ROYAL AIR MAROC

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1920	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ABBADI MOLHAM MEG			
Date de naissance : 01/06/1952			
Adresse : HAY AZHAR 11NF AP54 AVENUE 18N KHATIR			
Tél. : 0532 60 8347	Total des frais engagés : 1269,90 Dhs		

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 29/11/2021	
Nom et prénom du malade : EL ABBADI MOHAMMED	Age:
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : CARTHOPATHIE OPERÉE	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : Fès

Le : 29/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-770786
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 : 1920	
Nom de l'adhérent(e) : EL ABBADI MEG	
Total des frais engagés : 1269,90	
Date de dépôt :	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SANAA BENSOUAD KHALKATEB, HAFIZ 11:05 35748491 142000	25/11/22	869,50 DT
	25/11/22	350,00 DT

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

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

— VOLET ADHERENT

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

<p>Le pra Import Veuillez</p> <p>SO</p> <p>PPV: 222,00 DH LOT: 649772 PER: 03/24</p> <p>L 1 2 2 0 0 9 F E R S E P 2 4 3 9 0 m 9 0</p> <p>6 (H) 5 4 3 2 1 2 3 (H) 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 4 3 4 3 2 1 2 3 4 5 4 3 3 2 1 2 3 4 5 4 3 2 1 2 3 4 5 4 3 1 2 3 4 5 4 3 B</p>		<p>* VIGNETTE</p> <p>NEBILET® 5mg 28 comprimés O PPV 87DH50</p> <p>V140977/01</p> <p>othèses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de maladie</p> <p>150,00</p> <p>49,40</p> <p>97,60</p> <p>PPV: 22DH20 PER: 05/24 LOT: L1761</p> <p>OSMOSINE® Hydroxyde de Magnésium Flacon de 260 ml</p> <p>6 118000 0210054</p> <p>LEBU D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXE</p> <p>LOT: 365 PER: JAN 2025 PPV: 80 DH 00</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000</td> <td>G</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 35533411</td> <td>B</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>		H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000 35533411	B	00000000 11433553
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000								
D	00000000 35533411	B	00000000 11433553								



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



Medecin Traitant :

Nom : El Azaiez
 Prénom : Nourine

ORDONNANCE

Fès le

29/01/2014

1	Kardesic 100	3	2 sachets	13R
2	Nebilett	3	1cpl	09R
3	Irvef 300	3	1cpl	09R
4	Amesip 500	3	1cpl	12R
5	Red Lip 20	3	1cpl	21R
6	Argentin	3	1s x 3	
7	codoliprane	3	1cpl x 3	
8	Osmosine 3	3	2 sachets x 3	
9	Exomuc	3	1 sachet x 2	

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

140006610

ISO 9001 - 2015
 BUREAU VERITAS
 Certification



SN, 6⁺
10/ Tardy for 80 **15** days x 2/;
8⁺
15/ Can prof 30y, 1 gel/fi (for 100)

869,90

15

UNIQUE AL KAWTAR
216 PHARMACEUTICALS
SAUDI ARABIA
RUE IBN AL
FARADAY
P.O. BOX 3544
TELE: 0535 340882
FAX: 0535 340883
MBE: 14396651
TEL: 0535 340882
RUE IBN AL
FARADAY
P.O. BOX 3544
TELE: 0535 340882
FAX: 0535 340883
ASSI Rte Imouzzer-Fes
2003 19 06
2003 10 06
0035 61 19 00



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



ORDONNANCE

Fès le 29/11/22

Medecin Traitant : P^r Messouak

Nom : EL Agaizi

Prénom : Mohammed

390,00

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



Oraline thoracique

390,00

PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
SANA'A BEN SOLIDA KORACHI
RTE AIN CHKEF, HAY AL AZHAR
Tél: 05 35 74 84 07
Fax: 05 35 74 84 07
Tél: 142006361

Taille: XL
PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
SANA'A BEN SOLIDA KORACHI
RTE AIN CHKEF, HAY AL AZHAR
Tél: 05 35 74 84 07
Fax: 05 35 74 84 07
Tél: 142006361

**URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00**

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification

