

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° W21-770786

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/22	866,50 DH
	23/11/22	350,00 DH

[illegible]

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

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

SO

150,00

PPV: 222,00 DH
LOT: 649772
PER: 03/24

L O I 2 2 0 0 9
 F E R S E P 2 4
 3 9 J H 9 3

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is symmetrical about a vertical centerline. The top pier is labeled 'H' and the bottom pier is labeled 'B'. The left pier is labeled 'D' and the right pier is labeled 'C'. The bridge is divided into four spans by three piers. The spans are numbered 1, 2, 3, and 4 from left to right. The piers are numbered 1, 2, 3, and 4 from left to right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch rising from the piers.

LOT: 22E006
PER: 02/2024
KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

49,40

PPV:22DH20
PER:05/24
LOT:L1761

OSMOSINE®
Hydroxyde de Magnésium
Flacon de 260 ml



6 118000 210054

LOT:365
PER:JAN 2025
PPY:80 DH 00

FIN
D'EXE

DATE DE
L'EXECUTION

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الكوثر 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

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le 29/11/22

Medecin Traitant :

Nom : El Azazi

Prénom : Mohamed

- 35,70
1) Kardegic 100 : 1 sachet/j ; 13R
87,55
2) Nebilet : 1 cp/j ; 09R
15,00
3) Iruel 300 : 1 cp/j ; 09R
45,40
4) Amep 5mg : 1 cp/j ; 12R
37,65
5) Red Lip 20mg : 1 cp/j ; 21R
22,20
6) Augmentin : 1s x 3/j ;
2,20
7) codoliprane : 1 cp x 3/j ;
3,40
8) Osmosine : 2s x 3/j ;
33,30
9) Exomuc : 1 sachet x 2/j ;

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

738,30

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



SN, 61

10/ Tardy feron 803 SV d up x 2/;

15/ Lan pro 1 30y, 1 gel /i lewin

869.50

SV

CLINIQUE AL KAWTAR
Rte Mouzzer - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
05 35 61 19 01

DR. SANJA BENSOUDDA KORAGHI
RUE IBRAHIM EL KHALIL
Tél : 05 35 74 84 97
05 35 74 84 98
05 35 74 84 99
05 35 74 85 00
05 35 74 85 01
05 35 74 85 02
05 35 74 85 03
05 35 74 85 04
05 35 74 85 05
05 35 74 85 06
05 35 74 85 07
05 35 74 85 08
05 35 74 85 09
05 35 74 85 10
05 35 74 85 11
05 35 74 85 12
05 35 74 85 13
05 35 74 85 14
05 35 74 85 15
05 35 74 85 16
05 35 74 85 17
05 35 74 85 18
05 35 74 85 19
05 35 74 85 20
05 35 74 85 21
05 35 74 85 22
05 35 74 85 23
05 35 74 85 24
05 35 74 85 25
05 35 74 85 26
05 35 74 85 27
05 35 74 85 28
05 35 74 85 29
05 35 74 85 30
05 35 74 85 31
05 35 74 85 32
05 35 74 85 33
05 35 74 85 34
05 35 74 85 35
05 35 74 85 36
05 35 74 85 37
05 35 74 85 38
05 35 74 85 39
05 35 74 85 40
05 35 74 85 41
05 35 74 85 42
05 35 74 85 43
05 35 74 85 44
05 35 74 85 45
05 35 74 85 46
05 35 74 85 47
05 35 74 85 48
05 35 74 85 49
05 35 74 85 50
05 35 74 85 51
05 35 74 85 52
05 35 74 85 53
05 35 74 85 54
05 35 74 85 55
05 35 74 85 56
05 35 74 85 57
05 35 74 85 58
05 35 74 85 59
05 35 74 85 60
05 35 74 85 61
05 35 74 85 62
05 35 74 85 63
05 35 74 85 64
05 35 74 85 65
05 35 74 85 66
05 35 74 85 67
05 35 74 85 68
05 35 74 85 69
05 35 74 85 70
05 35 74 85 71
05 35 74 85 72
05 35 74 85 73
05 35 74 85 74
05 35 74 85 75
05 35 74 85 76
05 35 74 85 77
05 35 74 85 78
05 35 74 85 79
05 35 74 85 80
05 35 74 85 81
05 35 74 85 82
05 35 74 85 83
05 35 74 85 84
05 35 74 85 85
05 35 74 85 86
05 35 74 85 87
05 35 74 85 88
05 35 74 85 89
05 35 74 85 90
05 35 74 85 91
05 35 74 85 92
05 35 74 85 93
05 35 74 85 94
05 35 74 85 95
05 35 74 85 96
05 35 74 85 97
05 35 74 85 98
05 35 74 85 99
05 35 74 86 00



مصحة الكوثر 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

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le 29/11/22

Medecin Traitant : P^r Messouak

Nom : EL Agaizi

Prénom : Mohammed

390,00

Ceinture Thoracique

390,00

Taille : XL

PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
SANA A BENSOUADA KORACHI
RUE IBN ALKHATEB, HAY AL AZHAR
RTE AIN CHKEF - FES
Tél : 05 35 74 84 97
Fax : 14200661

PHARMACIE AL KORACHI
SARL-AU
SANA A BENSOUADA KORACHI
RUE IBN ALKHATEB, HAY AL AZHAR
RTE AIN CHKEF - FES
Tél : 05 35 74 84 97
Fax : 14200661

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification

