

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 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.

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° W21-718000

Coupen

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1922

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AZZIZ MOHAMMED

158401

Date de naissance :

01/06/1952

Adresse :

HAY AZZAK 14MF APP 4 AVENUE IBN KHALDOUN

Tél. : *0525 607317*

Total des frais engagés : *1148,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : *70*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cardio pathie opérée

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *09/04/2023*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-718000

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 AZZIZ*
 Total des frais engagés : *1148,40*
 Date de dépôt :

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
04/04/	CS		250	INP : 11111856899 ASSAHIN 11111856899 Spécialités Sénégalien Cardiaque 11111856899 11111856899
23	CK		50	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Sté PHARMACIE AL KORACHI SANAA BENSOUDA KORACHI IBN ALKHATEB, HAFAL AZHAR RTE ABDELLAH CHKEF, FÉS Tél : 05 5574 84 97 INPE : 142006881	20.04.2023	848,10 DH

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.	

ALDACTONE 50® mg	
Le pr...	P.P.V: 56,80 DH
Import...	
Veuillez...	6 118001 170029
SOSIUS DENTAIRES	
LOT : 22E014	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60
PER : 07/2026	
LOT : 22E009	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70
PER : 05/2024	
Cardensi® 5 mg	
6 118001 100873	Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH
7862160239	
Cardensi® 5 mg	
6 118001 100873	Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH
7862160239	
MONTANTS DES SOINS	
97,60	
DATE DU DEVIS	
97,60	
DATE DE L'EXECUTION	
97,60	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



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 04.04.23

Medecin Traitant :

Nom : EL Azaig:

Prénom : Mohammed

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 50

TOTAL : *300.00DHS*

TROIS CENT DIRHAMS



**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 09.04.23

Medecin Traitant :

Nom : El AZAIZI

Prénom : Ahammed.

3 mois ++ | 56,80 x 3 | 170,40 1. Aldadane 50 - qh/R
 136,60 x 3 | 1/2 CP 5,80 2. Losartan 100 mg - qh/R
 135,70 x 3 | 1/2 85' 3. Kanadipril 10 - qh/R
 158,10 x 3 | 1/2 107,10 4. Candeuricel 50 mg - qh/R
 197,60 x 3 | 1/2 3292,80 5. Rechylpe 145' - 21h -
 848,100

Sté PHARMACIE AL KAWTAR
 SANA BEN SOUD AL KAWTAR
 IBN AL KHAZIER, HAUT AÏZOU
 RTE AÏN CHOUA 84 FES
 Tél: 05 35 61 19 00
 INPE: 142006882

ISO 9001 - 2015

BUREAU VERITAS
 Certification



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00