

## 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

- Reclamation : 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-718000

*Comen*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1922

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL AZHAR MOHAMMED

Date de naissance : 01/06/1952

Adresse : HAY AZHAR IMME D'ARTY AVENUE IBRAHIM

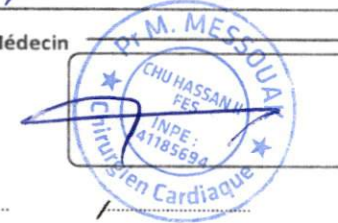
Tél. : 0521 608347

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 : cardiopathie 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 :

Le : 09/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### 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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

1922  
EL AZHAR MOHAMMED  
1148,40

RELEVÉ 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
04/04/23	CS		250	
23	CK		50	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/23	848,40 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 <sup>mg</sup>		ALDACTONE 50 <sup>mg</sup>		ALDACTONE 50 <sup>mg</sup>	
P.P.V: 56,80 DH		P.P.V: 56,80 DH		P.P.V: 56,80 DH	
6 118001 170029		6 118001 170029		6 118001 170029	
LOT: 22E014 PER: 07 2026	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60	LOT: 22E014 PER: 07 2026	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60	LOT: 22E014 PER: 07 2026	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60
6 118000 060468		6 118000 060468		6 118000 060468	
LOT: 22E009 PER: 05 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70	LOT: 22E009 PER: 05 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70	LOT: 22E013 PER: 09 2024	KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V: 35DH70
6 118001 081189		6 118001 081189		6 118001 081189	
LOT: 22E009 PER: 05 2024	Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH	LOT: 22E009 PER: 05 2024	Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH	LOT: 22E013 PER: 09 2024	Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH
6 118001 100873		6 118001 100873		6 118001 100873	
97,60		97,60		97,60	
		<p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
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 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 04.04.23

Medecin Traitant :

Nom : EL Agaiç

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 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 04.04.23

Medecin Traitant :

Nom : El AZAIZI

Prénom : Achammed.

3 mois +  
| 56,80 x 3 | 170,40  
1. Adalacore  
| 34,60 x 3 | 103,80  
2. Les Eclat  
| 35,70 x 3 | 107,10  
3. Kadryel  
| 58,10 x 3 | 174,30  
4. Cardeniel  
| 97,60 x 3 | 292,80  
5. Redhpho  
- 9h / R  
- 9h / R  
- 9h / R  
- 9h / R  
- 2h -

848,50  
**URGENCES 24h/24**  
**05.35.61.19.00**

Sté PHARMACIE AL KORACHI  
SARL-AU  
SANA BENSOUDA KORACHI  
IBN ALKHAZER HAFRE AZHAR  
RTE AIN CHKEF - FES  
Tél : 05 35 74 84 97  
INPE : 142006881

ISO 9001 - 2015

BUREAU VERITAS  
Certification

