

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° W21-786372

Par *Wouss*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELLAH

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 34, Rue Anoual Hay Farah FES

Tél. : 0662563042 Total des frais engagés : 1041,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer de l'estomac

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 : FES Le : 27/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-786372

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 : 3166

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI ABDELLAH

Total des frais engagés : 1041,60

Date de dépôt :

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
22/01/23	CS		300,00	<p>Dr. MEHREZ A. W.</p> <p>INP : Docteur Agrégé</p> <p>Service d'oncologie Médicale</p> <p>— CHU Hassan I — FES</p> <p>INP : 142000000</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.07.2023	741,60

[illegible]

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

VOLET ADHERENT

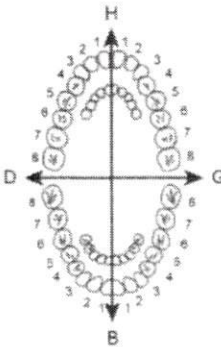
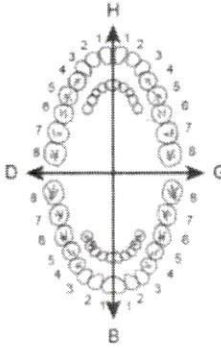
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET TRAVAUX DENTAIRES

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

Important :

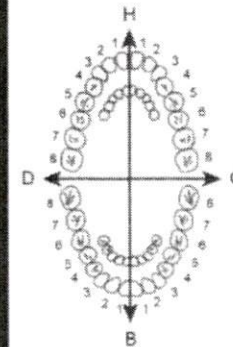
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

S O I N S D E N T A I R E S	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][]
<p>The diagram shows upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 bilaterally starting from the midline. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right.</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []



O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		H																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'B' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

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

27/12/2023

Medecin Traitant :

Nom :

Abdelhakim

Prénom :

Abdelhakim

12360 x6

1) I nesi'lenhoy

2) 1/1 p ab 3/1/1

2) Gaviscon

3) Doliprane

19x3

PHARMACIE EL KAWTAR
DR. YAHIAOUI RACHIDA 2
DR. YAHIAOUI ATIR FARAH 2
13 AV. EL ARSA - FES
LOT 535600514
TEL: 05 35 60 28 265
TINPF. 142028265

DR. MELLAS Nawfel
Professeur Agrégé
Service d'oncologie Médicale
CHU Hassan II - FES

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14 Cpr GR

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14 Cpr GR

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14 Cpr GR

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14 Cpr GR

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14 Cpr GR

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14 Cpr GR

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 27/07/2023

LE:27/07/2023

DATE SORTIE : 27/07/2023

DR. MELLAS NAOUFAL (ONCOLOGIE MEDICALE)

HONORAIRES : 300,00 Dh (TROIS CENTS DIRHAMS)

PATIENT : M. IBRAHIM ABDELLATIF

signé et cacheté

DR. MELLAS NAOUFAL
Professeur Agrégé
Service d'oncologie Médicale
— CHU Hassan II - FES —
IND. 41100125