

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-479061

ND: 44239

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Malay Thani Rue 3 N° 25 AULFA CASA

Tél. : 06 99 59 99 896

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JELAHANE ABDERRAHMANE Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 sur un 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) :

MUPRAS

16 JUIL 2020

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-479061

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 :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
28/02/2010	C.t Ech		3000.00	101103374 10 boulevard 622473
10/03/2010				
05/04/2010				

ANALYSES - RADIographies				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
 Dr. El Hachemi Bouamama 13 Av. Ibn Toufik Bord J'Essaouira Tél: 03 24 78 46 83	10-10-00		51.30	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.

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° W19-479063

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Autre :

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 :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-479063

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ATA ALAHYANE ABDELWA CHIQUET Clinique Al Akhawayn 13 quartier des dunes,boulevard AL AKA Essaouira - Tel: 05 24 37 31 44	Dr. ALAHYANE ABDELWA WAHAB Clinique Al Akhawayn 13 quartier des dunes,boulevard AL AKA Essaouira - Tel: 05 24 37 31 44	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25533411	21433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DB/AS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

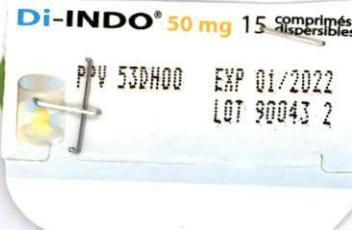
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FACTURE

ESSAOUIRA LE	08/10/2020	
FACTURE N°	FP200003140	
PATIENT	ABOUDRARE Ijja	
ACTE	MÉDECIN	MONTANT
CONSULTATION - CONSULTATION 1	Dr. ALAHAYNE ABDELWAHAB	300
TOTAL		300,00 Dh
Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cents dirhams		

Clinique Al Akhawayn
13, quartier des dunes, Avenue Alaqaiba, 44000 - ESSAOUIRA - MAROC
boulevard Al Akaba - ESSAOUIRA
Tél: 05.24.47.31.44 / 05.24.78.33.87 - Fax : 05.24.47.25.31



مصححة
Alkhawayn

ofially

Abdullah

EN

11

Di Indo

100 030



21

38,30

pharmacy



DR. ALAHYANE ABDELWAHAB
Chirurgien
13 quartier des dunes, boulevard Al Akaba
Clinique Al Akhawayn
Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44

to - 91.30



13, Quartier des dunes, Avenue Alaqaba - 44000 / BP. 11. PPAL - Essaouira 11 الوكالة الرئيسية للبريد - الصويرة
Tél : 05 24 47 31 44 / 05 24 78 33 87 - Fax : 05 24 47 25 31 - Email : clinique.akh@gmail.com 05 24 47 25 31 : الفاكس 05 24 47 31 44 : الهاتف

S.A.R.L au Capital de 4 500 000 Dhs - TP : 47470994 - RC : 4259 - IF : 20751929 - ICE : 001695981000079

3



15 comprimés dispersibles
DI-INDO® 50 mg



MAPHAR
POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Km 10, route Côtière 111 - Quartier industriel, Zenata
Sebâa Maroc
PP.V.: 3BDH30



6

118001 182015





A BOUDRARE IJJA

Note d'honorarise

Infiltration du
corti corde

= 800 DH

Dr. ALAHYANI
Chirurgien
Clinique Al Akhawayn
13 quartier des dunes, Avenue Alaqa - 44000 / BP. 11. PPAL - Essaouira - Tél: 05 24 47 31 44 / 05 24 78 33 87 - Fax : 05 24 47 25 31 - Email : clinique.akh@gmail.com

Date:

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

Nom et prénom :

DDR :

Fœtus :

Activité Cardiaque :

CRL : SG : Bip : LF :

Mouvements Fœtaux :

Liquide amniotique :

Placenta :

Présentation :

Conclusion :

Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB
Chirurgien
Clinique Al Akhawayn
13 quartier des dunes, boulevard Al Akaba
Essaouira - T. 05 22 17 31 44

Date: 08/12/14

ECHOGRAPHIE ENDOVAGINALE

Nom et prénom : Mme IFFA Aicha

DDR :

Motif de Consultation :

Utérus : cm

Endomètre : mm

Ovaire Droit : mm

Ovaire gauche : mm

Cul de Sac de Douglas : mm

Conclusion : mm

