

## 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° W21-770780

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 1922			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAH
Nom & Prénom : ECH 22 21 MOHAMMED 148191			
Date de naissance : 01/06/1982			
Adresse : HAY FZHAR 1MME APPARTEMENT 402, 10 KHAMIR			
Tél. : 0521 608347 Total des frais engagés : 976,80 Dhs			

Autorisation CNBPF N° : A-A-213/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
	Date de consultation :	07/11/2022
	Nom et prénom du malade :	ECH 22 21 MOHAMMED 70
	Lien de parenté :	Lui-même
	Nature de la maladie :	CONSULTATION MESSAOUA 2022
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19/06/2022 47.03.45	professeur en chirurgie cardiaque
	Dans le cas où la maladie aurait un caractère malveillant, 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 : ECH 22 21 Le : 07/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-770780
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).	
Matricole :	1922
Nom de l'adhérent(e) :	ECH 22 21
Total des frais engagés :	976,80
Date de dépôt :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
07.12.82	C.S		250,00	INP : 14185860
07.12.82	C.R		50,00	CHIRURGIE SOUAIC 19/00 10/00 IMOUZER - FES 66959441 SOCIETE NATIONALE DE SANTE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M. SANAA BEN LE IBN ALKHATEB RTE AIN CHKEF TEL: 05 35 74 84 92 INPE: 1420068397	07-12-98	676,80

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		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.

<p>Le praticien</p> <p>Important : Veuillez joindre</p> <p>SOINS DE</p> <p><b>Codoliprane®</b> Paracétamol 400 mg Phosphate de codeïne 20 mg 16 COMPRIMES SECABLES</p> <p>6 118000 040217</p> <p></p>		<p>6 118001 100620</p> <p><b>TARDYFERON B9</b> 30 comprimés pelliculés Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg</p> <p>Distribué par Cooper Pharma 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable PPV : 51.60 DH</p> <p>322084</p> <p></p>	<p>Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1, Ain sebaâ Casablanca</p> <p>Tavanic 500mg cp pel b7 P.P.V : 205,00 DH</p> <p>5 118001 080830</p> <p>6 118000 081524</p> <p></p>	<p><b>AMEP® 5mg</b> 28 comprimés</p> <p>6 118001 100620</p> <p><b>TARDYFERON B9</b> 30 comprimés pelliculés Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg</p> <p>Distribué par Cooper Pharma 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable PPV : 51.60 DH</p> <p>322084</p> <p></p>
<p>LOT 211314</p> <p>EXP 04/2024</p> <p>PPV 99.00 DH</p> <p></p>		<p><b>Codoliprane®</b> Paracétamol 400 mg Phosphate de codeïne 20 mg 16 COMPRIMES SECABLES</p> <p>6 118000 040217</p> <p></p>	<p><b>Codoliprane®</b> Paracétamol 400 mg Phosphate de codeïne 20 mg 16 COMPRIMES SECABLES</p> <p>6 118000 040217</p> <p></p>	<p><b>Codoliprane®</b> Paracétamol 400 mg Phosphate de codeïne 20 mg 16 COMPRIMES SECABLES</p> <p>6 118000 040217</p> <p></p>
<p><b>Exomuc®</b> acétylcystéine 200 mg 30 sachets PROMOPHARM S.A.</p> <p>6 118000 240341</p> <p></p>		<p><b>Exomuc®</b> acétylcystéine 200 mg 30 sachets PROMOPHARM S.A.</p> <p>6 118000 240341</p> <p></p>	<p>DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	
<p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>		



# 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

CLINIQUE AL KAWTAR

Medecin Traitant :

Nom : EL Azaiez:

Prénom : Mohamed

### ORDONNANCE

Fès le

07/08/2012



CLINIQUE AL KAWTAR  
 Spécialités :  
 AV. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès  
 Tél : 05 35 61 19 01  
 Fax : 05 35 61 19 01

49,40	1) Am Eps (1 Boîte)
20,50	2) Taramic (1 Boîte)
51,60 x 3	= 154,80
3) Tandy Phen (3 Boîte)	88,80
22,20 x 4	coroliprane (4 Boîte)
39,90 x 2	= 79,80
5) Ecamic (2 Boîte)	99,00
6) Oedeo (1 Boîte)	676,80



URGENCES 24h/24  
 05.35.61.19.00



**CLINIQUE AL KAWTAR**  
Spécialisée  
Touff's - Spéciale  
Md El Fassi Rissamouze 00  
AV. Tél : 05 35 61 19 01  
FAX : 05 35 61 19 01



# مصحة الكوثار

# 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

E-mail : cliniquealkawtar@menara.ma / Site Web : www.clinique-fes.com



## BON DE PAIEMENT N° 018980

Fès, le 01-12-2022

N° de Fiche :

Reçu de Mr : El Azaizi Mohammed

La Somme de (en chiffres) :

300,00 DHS

(En lettres) :

Réglée en Espèce

CLINIQUE AL KAWTAR  
Toutes spécialités  
Av. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès  
Tél : 05 35 61 19 00  
Fax : 05 35 61 19 01  
Réglée par chèque N°

T.P.E

Signature :