

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.

Prothèse 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

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° P19- 061700
56708
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KRATI SAID
Date de naissance : 13.09.1959
Adresse : 5, rue elhaouchand Hay Lank 2 Fez
Tél. : 0614317590 Total des frais engagés : 2058 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2021
Nom et prénom du malade : ELGHIZLAINE Age : 39
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Covid-19
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 :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) :


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
24/11/20	CK		100,00	
24/11/20	CS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/11/2020	208,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/11/20	2,5	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

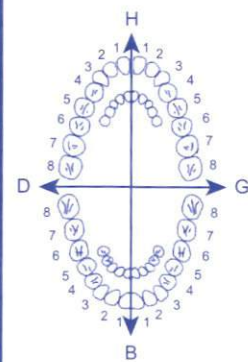
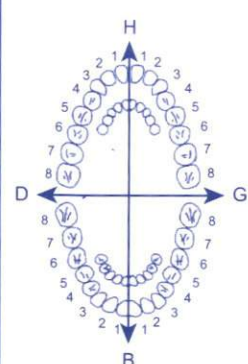
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



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 51 30 48 82
cliniquealkawtar2014@gmail.com
cliniquealkawtar@menara.ma

ORDONNANCE

Fès le 24/11/2024

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

Dr. RTEL BENNANI Sanae
Réanimatrice - Anesthésiste
Clinique Al Kawtar
Tél : 05 35 61 19 00

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents

PPV : 14,80 DH



6 118000 190929

AZ 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH



6 118000 190097

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescents

PPV : 14,80 DH



6 118000 190929

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 10/2023

LOT 00056 21

AZ 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH



6 118000 190097

Dr. RTEL BENNANI Sanae
Réanimatrice - Anesthésiste
Clinique Al Kawtar
Tél : 05 35 61 19 00



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 : 2015

BUREAU VERITAS

Certification



18.00
T. Dolim



CLINIQUE AL KAWTAR

Toutes Spécialités

Av. Md El Fassi Rte Imousser - Fès

Tél : 05 35 61 19 00

Fax : 05 35 61 19 01

208.50

Dr. RTEI BENNANI
Réanimatrice - Anesthésie
— Clinique Al Kawtar —
Tél : 05 35 61 19 00



18,00
P V 1 8 D H 0 0
E R 0 7 / 2 3
O T J 2 0 9 7
S 1



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

24/11/20

Medecin Traitant :

Nom :

EL Chazi

Prénom :

Chizlane

Dr. RTEL BENNANI Sanae
Réanimatrice - Anesthésiste
Clinique Al Kawtar
Tél : 05 35 61 19 00

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 100

TOTAL : 350

TROIS CENTS CINQUANTE DIRHAMS

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

0001 - 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 20/11/2024

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

M. EL Ghaz' Ghizani

Dr. M. EL Fassi

Dr. M. EL FASSI
— RADIOLOGUE —

Clinique Al Kawtar - FES
Tél : 05 35 61 19 00 / 06 61 30 48 82

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

Dr. RTEL BENNANI
Réanimatrice - Anesthésie
— Clinique Al Kawtar —
Tél : 05 35 61 19 00

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 : 2015
BUREAU VERITAS
Certification





CLINIQUE AL KAWTAR

Toutes SPÉCIALITÉS

CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 13905/2020

Nom & Prénom : EL GHAZI GHIZLANE

Date d'examen : 24/11/2020

Examen(s)	
TDM THORACIQUE 1500 DH ----- 1500 DH	
Montant TOTAL	1500 DH
REGLEMENT : TPE	

Dr. M. EL FAZZI
CLINIQUE AL KAWTAR - FES
Tél : 05 35 61 19 00 - GSM : 061 13 47 03

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CINQ CENT DH

Clinique Al kawtar Av.
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzet Fès
Tél : 035 61 19 00 – Fax : 035 61 19 01 – GSM : 061 13 47 03 – E-mail :
CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162- ICE :001637627000066 INP :140006610
cliniquealkawtar@menara.ma
URGENCE 24/24
05 35 61 19 00



Dr Mustapha LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de Nancy et du CHU de Casablanca

FES, le 24/11/2020

Patient: EL GHAZI GHIZLANE

Medecin traitant :

TDM THORACIQUE

Cher Confrère,

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant Mme. EL GHAZI GHIZLANE pour un(e) TDM thoracique. Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu.

Technique :

- Examen réalisé sans injection intraveineuse du produit de contraste par des Coupes axiales de 05 mm d'épaisseur jointives.
- Études en double fenêtrage parenchymateux et médiastinal.

Compte rendu :

➤ *En fenêtrage parenchymateux.*

- Présence de quelques lésions parenchymateuses pulmonaires en verre dépoli du lobe inférieur droit.
- Il n'y a pas d'anomalie parenchymateuse pulmonaire gauche.
- Il n'y a pas de nodule ni de micronodule pulmonaire.
- La répartition broncho vasculaire pulmonaire est normale.
- Les hiles pulmonaires sont normaux.

➤ *En fenêtrage médiastinale :*

- Il n'y a pas d'adénopathies ni de masse médiastinales.
- Il n'y a pas d'anomalie pleurale ni pariétale.

Conclusion :

- Aspect scannographique évocateur d'une **pneumonie type Covid-19 avec atteinte pulmonaire minime inférieure à 5%.**

Confraternellement :

(Signature)
Dr M. LEMHADRI
Spécialiste en Radiologie
Clinique Al Kawtar - FES
Tél : 05 35 61 18 80 - Fax : 05 35 61 18 81 - Urgences 24/24 : 05 35 61 19 00



CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

IRM 1.5T Scanner 16 Barettes - Echographie 4D/doppler Couleur - Mammographie Numérisée - Radiographie Numérisée

CLINIQUE AL KAWTAR : AV. Md EL Fassi, Rte. Immouzer - FES

Tél : 05 35 61 18 80 - Fax: 05 35 61 18 81 - Urgences 24/24 : 05 35 61 19 00