

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221

Société : RAM 56723

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KRAFID SAID

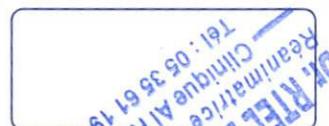
Date de naissance : 13/09/1959

Adresse : 5, rue elhaouelhaou Hay tanikz Fes

Tél. : 06 14 31 75 90 Total des frais engagés : 2105,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2020

Nom et prénom du malade : KRAFID SAID Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : David - 50

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 : 22 JAN. 2021

ACCUEILLI

8

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
22/11/20	CC		100,00	 Dr. HAFID KANTAR Spécialiste en Radiologie FAX: 05 35 61 19 01
22/11/20	CS		250,00	 Dr. HAFID BENHABIB Pearimatrie Clinique FAX: 05 35 61 19 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 DR A. LEMMADRI RADIOLOGUE Clinique Al Kawtar - FES Tél : 05 35 61 18 81 / 06 63 52 80 21	22/01/20	2150	11500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

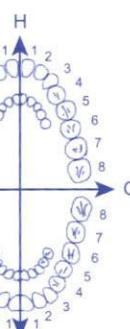
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصححة 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



Medecin Traitant :

Nom :

Khalid BENJANI Sanze
 Réanimatrice et Anesthésiste
 Clinique Al Kawtar
 Tél : 05 35 61 19 02

Prénom :

Fès le 05/05/2021
 à l'hôpital de la ville de Fès

Said

1/ Vita 15,30x2



ICP x 2
 40.90

CLINIQUE AL KAWTAR
 Tous les spécialistes
 Av. Md El Fassi, Rte Imouzzer FES
 Tel : 05 35 61 19 00
 Fax : 05 35 61 19 01
 DR. PHARMACIE IFRANE
 M. AMRHA

Vita C1000®

PPV 15DH30
 EXP 05/2023
 LOT 05006 5

2/ Zinaskin



ICP x 2
 60.00x2

ICP x 2
 70.00

Vita C1000®

EXP 09/2023
 LOT 08031 24

3/ Azed



ICP x 2
 60.00x2

ICP x 2
 70.00

ZINASKIN®

PPV 40DH90
 EXP 10/2023
 LOT 00056 11

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00



biles

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

49,60

4/ D- Cire



14,00 1 Amp

14,00 1 Amp

S / Doliprane

255,10



Dr. M. AMRHA

~~Dr. RÉEL BENNAI Sanae~~
~~Réanimatrice - Anesthésiste~~
~~Clinique Al Kawtar~~
~~Tél: 05 35 61 19 00~~



AMM N° : 149DMP/21/NRQ

Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
G Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PP.V. : 60,00 DH


6 118000 190097

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

®

500 ملغ

أَزِيد

G
غالينيكا

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
G Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PP.V. : 60,00 DH


6 118000 190097

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ

أَزِيد

G
غالينيكا



CLINIQUE AL KAWTAR

140006610

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

ORDONNANCE

Fès le

22/11/20

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

Medecin Traitant :

Nom :

Krati
Said.

Prénom :

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 100

TOTAL : 350

TROIS CENTS CINQUANTE 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 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



140006610

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

ORDONNANCE

Fès le 22.1.1.88

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

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

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

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





CLINIQUE AL KAWTAR

Toutes SPÉCIALITÉS

CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 13898/2020

Nom & Prénom : KRATI SAID

Date d'examen : 22/11/2020

Examen(s)	
TDM THORACIQUE	
1500 DH	

1500 DH	
Montant TOTAL	1500 DH
REGLEMENT : TPE	

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CINQ CENTS DH

Clinique Al kawtar Av.
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzer 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

Patient: KRATI SAID
Medecin traitant :

TDM THORACIQUE

cher Confrère,

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant Mr. KRATI SAID 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.
- Etudes en double fenêtrage parenchymateux et mediastinal.
- Reconstructions en coupes fines de 01,2 mm d'épaisseur dans le plan axial.

Compte rendu :

➤ En fenêtrage parenchymateux.

- Présence de multiples lésions parenchymateuses pulmonaires en verre dépoli, de répartition bilatérale et périphérique.
- Il n'y a pas de nodule ni de micronodule pulmonaire.

➤ En fenêtre mediastinale :

- 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 estimée à 50%.

Confraternellement :



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