

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

Informations 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, parodontologie 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.

Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 061701

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : R A M 56723

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KRATI SAID

Date de naissance : 13.09.1959

Adresse : 5, rue elhaudhand Hay tairke Fez

Tél. : 06.14.31.7590 Total des frais engagés : 2105,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2021

Nom et prénom du malade : KRATI SAID Age : 61

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
22/11/2020	CK		100,00	
22/11/2020	CS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	22/11/2020	255,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/11/2020	2150	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

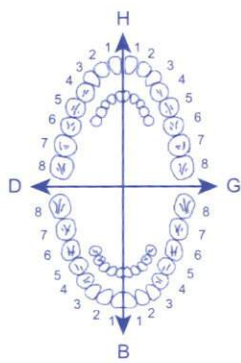
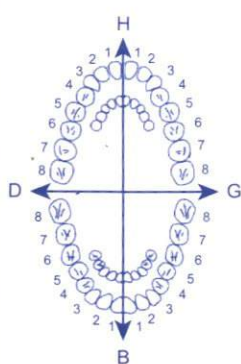
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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



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 05/05/2023

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

Said

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2023
LOT 05006

1/ Vita 15,30x2

1cp x 2

hd.90

2/ Zinaskin

1cp x 2

6d.07x2

3/ Aed

1cp x 2

Vita C1000®

EXP 09/2023
LOT 08031 24

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 10/2023
LOT 00056

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



PPV: 49,60 D1
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

49.60

4/ D- Circle

12

14.07 2017

SI Diploma

255.12        

255.10

Lot. Atsuwudu Bepc 11 N° 12
Rte Imousser T 4 00 00 00 47 12
PHARMACIE KRA
Dr. M. AMRHAH

Dr. RUEL BENNANI 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 غالينكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ® 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés



P.P.V. : 60,00 DH



6 118000 190097

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين



500 ملغ

أزيد



غالينكا

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.

AZ® 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

P.P.V. : 60,00 DH



6 118000 190097

 مختبرات غالينكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ



أزيد


غالينكا



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

22/11/20

Medecin Traitant :

Nom :

Krati

Prénom :

Said

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

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

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

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 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

22.11.2020

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

Dr. M. L. BENNANI
RADIOLOGUE
Clinique Al Kawtar - FES
Tél : 05 35 61 19 00

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. RTEI 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 PRESENTE 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



FES, le 22/11/2020

Dr Mustapha LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de Nancy et du CHU de Casablanca

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 médiastinal.
- 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 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 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