

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.

N° W21-614186

73479

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4690 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LABBAIKI Khalid

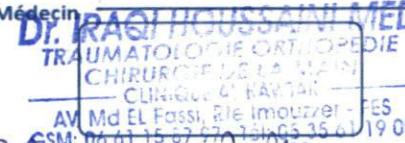
Date de naissance : 13.03.1958

Adresse : N° 4 AV ORAN RUE ADIS ABABA ZOHOR 1 FES

Tél. : 06 56 46 30 36 Total des frais engagés : 985,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25

Nom et prénom du malade : LABBAIKI Khalid Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Péneuritie

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 : Fes Le : 07 JUIN 2021

Signature de l'adhérent(e) :

ALLAL BEN ABDELLAH

MUPRAS

07 JUIN 2021

R. A. M.

ADMISSION

07 JUIN 2021

R. A. M.

ADMISSION

07 JUIN 2021

R. A. M.

ADMISSION

07 JUIN 2021

R. A. M.

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 |
| 23/11/21 | | Fact | 100,00 | INP : 1111078981 |
| 23/11/21 | | | 100,00 | |
| 29/11/21 | | Fact | 100,00 | DR MED |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE AL FADILA Dr. ALAM AL Tariya Av. Al Karamey Monflour 1 FES - 317 45 64 42 31 REF. 112004472 | 23/4/2021 | PHARMACIE AL FADILA Dr. ALAM AL Tariya 317, Av. Al Karamey Monflour 1 FES - 332 20 102 85 3 |
| | 29/4/2021 | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|---|--|-------------|---|
| | | | | 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 B 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | |



URGENCE 24h/24
05 35 61 19 00

ORDONNANCE

Fès, le : 23. 06. 2022

Nom : Dr LABBAKÉ Khalid.

57,10

- Bréxin Jachet



37,00

- Duoxol



100,00

1 g

- Melaxyl gel

3 month



75,00

- Valerit do 14



56,60 x 2

1 gel x

14 Diprotect



مصحة الكوثر: شارع محمد الفاسي، طريق إيموزار - فاس 38220

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

GSM : 0661 158 797 - Tél : 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01

E-mail : cliniquealkawtar2014@gmail.com / med.iraqihoussaini9@gmail.com

DR. A. M. FADILA MOURIYA
17, Rue Dr. A. M. FADILA
Mont Fleuri
NPE 142004472

TM
Dr. IRAQI HOUSSAINI MED
TRAUMATOLOGIE / ORTHOPÉDIE
CHIRURGIE DE LA MAIN
AV. Md EL FASSI, Rte IMOUZZER
GSM: 06 158 797 - Tél: 05 35 61 19 00
Fax: 05 35 61 19 01

LOT 201172
EXP 04/2023
PPV 75.00DH

LLT 20013
FEE MAI 23
PPV 570 H 10

57,10



811 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 58,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



811 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 58,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

LOT : 9020A
PER : MAI 2022
PPV : 100 DH 00



37,00



URGENCE 24h/24
05 35 61 19 00

ORDONNANCE

Fès, le : 09.04.2014

Nom : LABBAKİ Khalid.

M1.00

- 6x Klipal

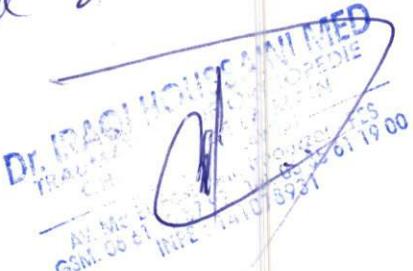
28.80 2 gél ml 0 ✓

- VHamer 2 fts

60.10 1 fts ml 0 ✓

- Gp öryca P

102.90 1 g ml dr 0 ✓



مصحة الكوثر : شارع محمد الفاسي ، طريق باب المغاربة فاس
CLINIQUE AL KAWTAR : AV. Md EL Fassi, Rte Imouzzer - FES
GSM : 0661 158 797 - Tél : 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01

E-mail : cliniquealkawtar2014@gmail.com / med.iraqihoussaini9@gmail.com



إيديك
بريجابالين

PPV: 60DH10

عن طريق الفم



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

ORDONNANCE

Fès le 23/04/2021

Medecin Traitant : DR IRAQI HOSSAINI MED (TRAUMATOLOGUE)

Nom : LABBAKI

Prénom : KHALID

NOTE D'HONORAIRES

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de:

* 400.00 Dhs *

* QUATRE CENTS DHS *

**URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00**





مصحة الكوثر
CLINIQUE AL KAWTAR
جميع الاختصاصات
Toutes Spécialités

CLINIQUE AL KAWTAR

140006610

1.1.1

| | | |
|---------------|----------------|----------------------|
| Nom et Prénom | LABBAKI KHALID | |
| Chambre N° | EXT | C20733 |
| Entrée le | 23/04/2021 | Sortie le 23/04/2021 |

Fès le , 23 avril 2021

Facture N° 1968/2021

| Designation | Montant | Qte | Détails Pharmacie | Montant |
|--|---------|-----|-------------------|---------|
| Frais de Salle/INFILTRATION | 100.00 | | | |
| ===== TOTAL CLINIQUE | 100.00 | | | |
| - HONORAIRES MEDECINS | | | | |
| *- DR IRAQI HOSSAINI MED (TRAUMATOLOGUE) | 400.00 | | | |

NET A PAYER

500.00

TOTAL PHARMACIE

0.00

Arrêtée la présente facture à la somme de
Cinq Cents Dhs

Modalité de Paiement
ESPECE

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

SCP CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162 - ICE : 001637627000066

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

**URGENCES 24h/24
05 35 61 19 00**

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



COMPT RENDU A TITRE EXTERNENOM ET PRENOM DU MALADE..... M. LABBAKI KHALIDDATE : 23.04.2021MOTIF DE CONSULTATION : Pénis droit scapho bimini. duree aveCapsule reattaché.Infection per idonee.

DIAGNOSTIC :

BILAN / BIOLOGIE / RADIOLOGIE :

Dr. IRAQI HOSSAINI MED
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE
Cité de la famille - 1000
AV. M. T. H. AL-KAWTAR - 1000
GSM: 06 61 19 00 - 06 35 61 19 00

RESUME CLINIQUE :

SignatureMédecin traitent

1) Date de la constatation de l'état du malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Patient S'qu le lundi

date de l'apparition

3) Traitement envisagé correspondant à la
situation indiquée sur le Bulletin d'information ou à la
demande d'Entente préalable (si possible, nombre
des actes en série) :

IPNL par Dr. IRAQI

4) Durée prévisible du traitement :

A _____ le _____

Signature :

Dr. IRAQI HOUSSAINI MED
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CLINIQUE AL KAWTHAR
AV. M'd EL FAS, RUE MOUZZIEN - FES
GSM: 06 61 15 87 97 - 06 35 61 19 00
INPE : 141078931

Ces actes signifiés à la nomenclature
des actes professionnels par la lettre 2,
ainsi que pour les actes pratiqués en
série (1), sauf les consultations, visites
et injections codées 0,75 et 1. Ce bulletin
doit être adressé le jour où l'acte a été
effectué, il constitue un simple avis
permisant à la caisse de déclencher
(éventuellement) l'obligation de ce
qui n'est pas déclaré.

la cause inconnue (1) la décision si celle-ci ne parvient pas à
l'adhérent dans les 15 jours suivant l'envoi de la formule, son acceptation
est considérée comme acquise, toutefois
en cas d'urgence caractérisée, l'acte ou
les actes peuvent être dispensé, sans
qu'il soit besoin d'attendre l'accord de
la caisse.

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Adhérent - Numéro d'identification :

Nom, prénom :

Adresse :

Bénéficiaires-Degré de parenté :

Date de naissance :

Nom, prénom :

Adresse de la maladie peut être utilisée :

Signature de l'adhérent

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

LE MÉDECIN, LE CHIRURGIEN, LE SPÉCIALISTE,
L'ASSISTANT MÉDICAL (1) désigne :

- Se propose de dépenser (2)

- Demande l'aide du praticien en vue de dépenser (2)

au malade désigné ci-dessus :

Un acte édité à la réception du praticien :

(Indicateur : chiffre de l'acte précédent à faire)

Une série d'actes similaires à faire

() + 10

(Indicateur : chiffre de l'acte précédent à faire)

Nature de la prescription : TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE

Cabinet du praticien : CHIRURGIE DE LA MAIN Date : 05/06/2003

1) Prix de ces actes : AV. M'd EL FAS, RUE MOUZZIEN - Régulation des praticiens

GSM: 06 61 15 87 97 - TEL: 05 35 61 19 00 INPE: 141078931

2) Payer les mentions suivantes