

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

**ditions 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.

**rmacie :**  
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.

**que :**  
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

**ducation :**  
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.

**taire :**  
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.

**adie 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.

**PRAS :** 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

☒ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : 3166 Société : RAM 80176  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdelatif  
Date de naissance : 01/01/1946  
Adresse : 34, Rue Anoual Hoy Farah III FES  
Tél. 0662 563042 Total des frais engagés : 1850 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
  
Date de consultation : 03/07/2021  
Nom et prénom du malade : IBRAHIMI Abdelatif Age: 75 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Tumeur bronchopulmonaire  
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 : 03/08/2021  
Signature de l'adhérent(e) :  



**VOLET ADHERENT**  
**N° P19-044501**

**Déclaration de maladie**  
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
Coupons à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3166  
Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI Abdelatif  
Total des frais engagés : 1850 Dhs  
Date de dépôt : 03/08/2021




# 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
03.07.21	CH		100.-	
03.07.21	CS		250.-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/21	55.-

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/07/21	2,5	150.-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

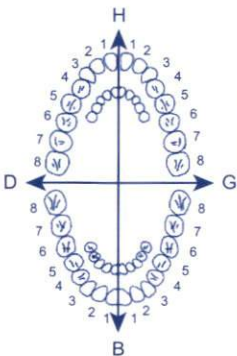
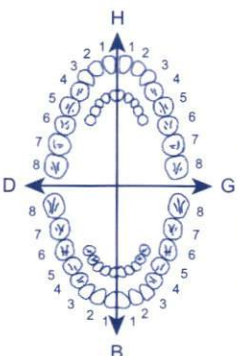
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan

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>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>B</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'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

21/07/2013

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

*Dr. Abdelhak*



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

*Benoua cp ff*

*1 cp 1 p cdt 12h*

**Dr. Abdelhak**  
Réanimato - Anesthésiste  
Clinique Al Kawtar  
Tél : 05 35 61 19 00

**PHARMACIE FARAH**  
Dr. YAHYAOUÏ RACHIDA  
13 AV IBN ATIR FARAH 2  
TEL : 05 35 60 05 14  
INPE : 142028265

**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

03/07/2022

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

Abdelatif  
Faire sup

Dr. M. LEMHADRI  
RADIOLOGUE  
Clinique Al Kawtar  
Tél : 05 35 61 19 00

CLINIQUE AL KAWTAR  
Rte Imouzzar - Fès  
Tél : 05 35 61 19 00

RC 20 ans, BATCO  
fièvre - Asthme + Ryalpin  
+ tous depuis 10 jours

supprie 19 777

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

neru

**URGENCES 24h/24**  
**05.35.61.19.00**

001 - 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 03/07/2014

Medecin Traitant :

Nom :

Ibn-E.

Prénom :

ASSEL

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

Patient à

A.D. T.b. f. charge suri d.s.  
35 r.

ad. p. art. + am. p. m.

R. d. f.

P. d. c. s. t. s. l. p.

SpO<sub>2</sub>: 94% TA 13/07 FC. 74 b/min

TOM. h. r.

progr. mal l. d. - p. l. s.  
m. b. s. g. d. r. i.  
d. s. s. p. d. n. e. t.

**URGENCES 24h/24**  
**05.35.61.19.00**

Dr. RTEL BENNANI Sanae  
Réanimatrice - Anesthésiste  
Clinique Al Kawtar  
Tél : 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



## ORDONNANCE

Fès le 03.07.22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

NOTE D'HONORAIRES

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 100

TOTAL : \*350.00DHS\*

\*TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS\*

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 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







# CLINIQUE AL KAWTAR مصحة الكوثر

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

E-mail : [cliniquealkawtar@menara.ma](mailto:cliniquealkawtar@menara.ma) / Site Web : [www.clinique-fes.com](http://www.clinique-fes.com)

ISO 9001 - 2015

BUREAU VERITAS  
Certification



**BON DE PAIEMENT** N° 023394

Fès, le 31/7/21

N° de Fiche : .....

Reçu de Mr : Abdelatif Ibrahim

La Somme de (en chiffres) : 35000A

(En lettres) : .....

☒ Réglée en Espèce ☐ Réglée par chèque N° .....

Signature :



# CLINIQUE AL KAWTAR


Toutes SPÉCIALITÉS

CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 9212/2021

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELATIF

Date d'examen : 03/07/2021

Examen(s)	
TDM THORACIQUE	
1500 DH	
-----	
1500 DH	
 Dr. M. LEMHADRI RADIOLOGUE Clinique Al Kawtar - FES Tél : 05 35 61 18 81/06 63 02 80 24	
Montant TOTAL	1500 DH
REGLEMENT : TPE	

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

Clinique Al kawtar Av.  
Md El Fa.ssi, Rte. Imouzzar 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](mailto:cliniquealkawtar@menara.ma)  
URGENCE 24/24  
05 35 61 19 00





# مركز الفحص بالأشعة مولاي إدريس CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

S. De 03/07/2021 LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de Nancy - FRANCE

IRM 1.5T • Scanner Multibarrettes • Echographie 4D-doppler Couleur  
Mammographie Numérisée • Radiographie Numérisée • Panoramique Dentaire

Patient: IBRAHIMI ABDELATIF

Medecin traitant :

## TDM THORACIQUE

Cher Confrère,

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant Mr. IBRAHIMI ABDELATIF 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 bulles emphysémateuses des deux champs pulmonaires.
- Présence d'un processus tumoral broncho-pulmonaire du lobe supérieur gauche tissulaire de contours irréguliers de 40 mm de diamètre et d'un infiltrat parenchymateux pulmonaire du lobe supérieur droit.
- Il n'y a pas d'autre anomalie de la densité parenchymateuse des deux hémisphères pulmonaires.
- La répartition broncho vasculaire pulmonaire est normale.
- Les hiles pulmonaires sont normaux.

#### ➤ En fenêtrage médiastinale :

- Les axes broncho vasculaires médiastinaux sont normaux.
- Il n'y a pas d'adénopathies ni de masse médiastinale.
- Il n'y a pas d'anomalie pleurale ni pariétale.

### Conclusion :

- Processus tumoral broncho-pulmonaire du lobe supérieur gauche de 40mm de diamètre, très suspect de malignité.
- Nous restons à votre disposition pour une biopsie scanno guidée de ce processus pour étude anatomopathologique.

Confraternellement :

CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS



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



Dr. Mohamed LEMHADRI

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de Nancy - FRANCE

# مركز الفحص بالأشعة مولاي إدريس CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS

IRM 1.5T • Scanner Multibarettes • Echographie 4D-doppler Couleur  
Mammographie Numérisée • Radiographie Numérisée • Panoramique Dentaire

Patient: IBRAHIMI ABDELATIF

Medecin traitant :

## TDM THORACIQUE

Cher Confrère,

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en m'envoyant Mr. IBRAHIMI ABDELATIF 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 bulles emphysémateuses des deux champs pulmonaires.
- Présence d'un processus tumoral broncho-pulmonaire du lobe supérieur gauche tissulaire de contours irréguliers de 40 mm de diamètre et d'un infiltrat parenchymateux pulmonaire du lobe supérieur droit.
- Il n'y a pas d'autre anomalie de la densité parenchymateuse des deux hémisphères pulmonaires.
- La répartition broncho vasculaire pulmonaire est normale.
- Les hiles pulmonaires sont normaux.

#### ➤ En fenêtrage médiastinale :

- Les axes broncho vasculaires médiastinaux sont normaux.
- Il n'y a pas d'adénopathies ni de masse médiastinale.
- Il n'y a pas d'anomalie pleurale ni pariétale.

### Conclusion :

- Processus tumoral broncho-pulmonaire du lobe supérieur gauche de 40mm de diamètre, très suspect de malignité.
- Nous restons à votre disposition pour une biopsie scanno guidée de ce processus pour étude anatomopathologique.

Confraternellement :

CENTRE DE RADIOLOGIE MOULAY IDRIS



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





# CLINIQUE AL KAWTAR

## Toutes SPÉCIALITÉS

CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 9212/2021

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELATIF

Date d'examen : 03/07/2021

Examen(s)	
TDM THORACIQUE 1500 DH ----- 1500 DH	
<b>Dr. M. LEMHADRI</b> RADIOLOGUE Clinique Al Kawtar - Fès Tél : 05 35 61 18 81/06 63 02 80 24	
Montant TOTAL	1500 DH
REGLEMENT : TPE	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MILLE CINQ CENT 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](mailto:cliniquealkawtar@menara.ma)  
URGENCE 24/24  
05 35 61 19 00



# CLINIQUE AL KAWTAR

Toutes SPÉCIALITÉS

CENTRE DE RADIOLOGIE MLY IDRIS

Facture N° 9212/2021

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELATIF

Date d'examen : 03/07/2021

Examen(s)	
TDM THORACIQUE	
1500 DH	
-----	
1500 DH	
<b>Dr. M. LEMHADRI</b> RADIOLOGUE Clinique Al Kawtar - FES Tél : 05 35 61 18 81/06 63 02 80 24	
Montant TOTAL	1500 DH
REGLEMENT : TPE	

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](mailto:cliniquealkawtar@menara.ma)  
URGENCE 24/24  
05 35 61 19 00