

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.

Educations :

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 :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-0035425

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAJJANI DRISS

Date de naissance : 05/01/1957

Adresse : 42 AVENUE IBRAHIM KHATIB APT. 2 V/N FES

Tél. : 0665106703

Total des frais engagés : 461,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/01/2022

Nom et prénom du malade : BOULBLAH YOUSRA

Age : 47 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : 11/01/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com

En charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

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
11.01.22		5	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.11.22	16185

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

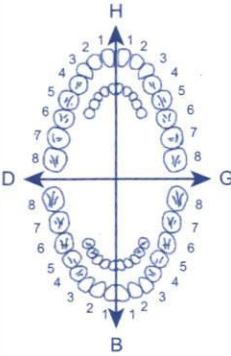
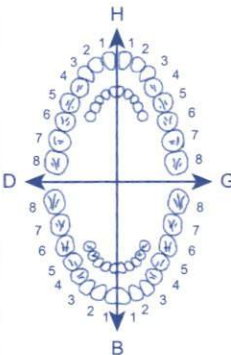
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Pr. ZAKI Zouheir

Spécialiste en ORL
et Chirurgie de Face et du Cou

Professeur Agrégé à la Faculté
de Médecine de Fès



الدكتور زكي زهير

اختصاصي في طب وجراحة الأنف،
الاذن، الحنجرة، العنق والوجه

أستاذ مبرز بكلية الطب بفاس

INPE : 141147678

Mr. 2623

Fès, le 11/1/22 في فاس

M. BOULBLAH Yousef

SV

ggs
+ CEFIL (boite de 8)

1 cp x 2 j

h200

+ Predni 20

SV

3 cp le matin

h200

- I. P. P 20

1 cp le soir

SV

UT. AV :

PPV (DH) :

42.00

IPP®

Omeprazole 20 mg
Boîte de 7 gélules

P.P.V. : 22.00 DH



Pr. ZAKI Zouheir

Professeur en ORL
et Chirurgie Cervico-faciale
CHU HASSAN II - Fès

INPE : 141147678

CLINIQUE AL KAWTAR : AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar - FES

Tél : 06 66 02 73 93 - 06 61 30 48 82 - 05 35 74 94 05

GSM : 06 61 27 16 11 / E-mail : zakizouheir@yahoo.fr



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 11/01/2022

Mb: 2623

Medecin Traitant

Nom :

Prénom :

Bouhla

Yousna

Mb: 2623

Note d'honoraires:

Consultation Pr ZAKI : 250DH

Clinique ALKAWTAR : 50 DH

Total: 300 DH

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification

