

# 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, exodonties 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 046125

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1787 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 106769  
 Nom & Prénom : Ben Brahim Assiya  
 Date de naissance : 02-02-1951  
 Adresse : Bouskoura gaff city Imm 4.5 Apt 2 Prestigia  
 Tél : 0670657005 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25/02/22  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : infection rhinorhée  
 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) : Ben Brahim Assiya Le : 07/03/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				Cachet et signature du Médicin attestant la réalité des Actes
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	
25.02.22		ck	100,00	<p><b>CLINIQUE AL MASKANI</b>  Rue El Fassi Rte Imouzzer -  Tél : 05 35 61 19 00  05 35 61 10 01</p> <p><b>Dr. MASKANI Mohamed</b>  Médecine Interne  Clinique</p>
25.02.22		cs	250,00	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
25.02.22		cl	100,00
25.02.22		C8	250,00

Cachet et signature rendus recevables  
attestant le paiement des notes

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



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Yassin</b> <b>Mme Douiri Myriem</b> <b>1, Route Ain Chkef - FES</b> <b>Tel: 055 60 47 53</b>	25/2/22	193,50

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Yassine</b> <b>Mme Douiri Myriem</b> <b>1, Route Ain Chkef - FES</b> <b>Tel: 085 60 47 53</b>	28/2/22	183,50

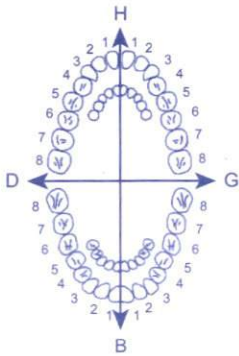
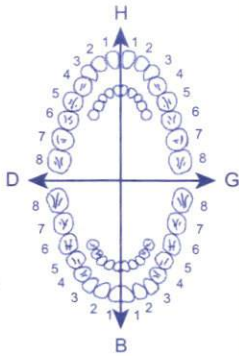
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION													

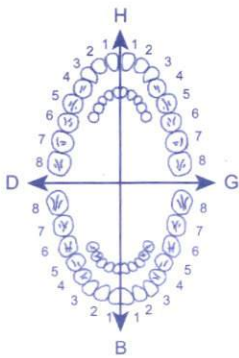
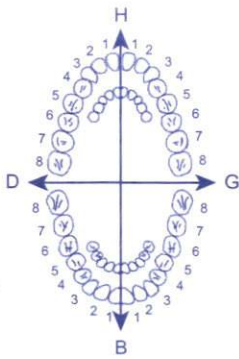
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de l'OC

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;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 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

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

## ORDONNANCE

Fès le 25/2/22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :



Pharmacie Yassine  
Mme Doudia Myriem  
1, Route Im Chkel - FES  
Tél: 05 35 60 42 53

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



Lot / Batch n° :

Exp. date :

21527 06/23  
89,00

PPC (DHI) :

URGENCES 24/24  
05.35.61.19.00



06 61 20 24 00  
BUREAU VERITAS  
Certification

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH





# 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



140006610

## ORDONNANCE

Fès le

25.02.22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :



BEN BRAHIM  
Assys

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 100

TOTAL : \*350.00DHS\*

\*TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS\*



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



# 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 / Site Web : www.clinique-fes.com

ISO 9001 - 2015

BUREAU VERITAS  
Certification



## BON DE PAIEMENT Nr. 001762

Fès, le 25 2 2022

N° de Fiche : .....

Reçu de Mr : Ben-Brahim Aghia

La Somme de (en chiffres) : 350800

(En lettres) : .....

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

Signature :