

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

- 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 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° W21-694298

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1125 Société : 106763

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 106763

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

Pathologie 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.

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- 0041920

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Ben Brahim Assiya
Date de naissance : 02.02.1951
Adresse : Boukna golf city Imn. 45 Apt 2 Prestige
Tél. : 06 70 65 70 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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.

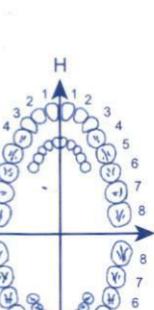
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 07 / 03 / 2022

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
31/12/21	CK		100,00	
31/12/21	CS		250,00	
25.01.22	CK	CK	100,00	
25.01.22	CS	CS	250,00	

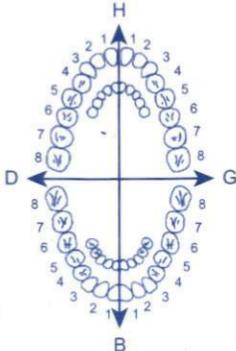
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/11	168,50
	30/12	319,40

[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 canalaire, ainsi que le bilan de																																			
SOINS DENTAIRES 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> <!-- 10 rows --> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																															<div style="margin-bottom: 10px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="margin-bottom: 10px;">MONTANTS DES SOINS </div> <div style="margin-bottom: 10px;">DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="margin-bottom: 10px;">FIN D'EXECUTION </div>
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRE 	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="width: 100%; margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B									<div style="margin-bottom: 10px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="margin-bottom: 10px;">MONTANTS DES SOINS </div> <div style="margin-bottom: 10px;">DATE DU DEVIS </div> <div style="margin-bottom: 10px;">DATE DE L'EXECUTION </div>												
H																																			
25533412	21433552																																		
00000000	00000000																																		
D	G																																		
00000000	00000000																																		
35533411	11433553																																		
B																																			

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX											
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/>	
		H													
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
		00000000 35533411	00000000 11433553												
B															
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>													
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>													
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															

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 25/1/22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

Abraham Assiye

79,70 x 2

1. AZIP 500 (02L)

1c
1/2 c li

26,0

2. Vile 1000

40,90

3. Zinoske usw

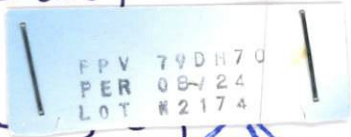
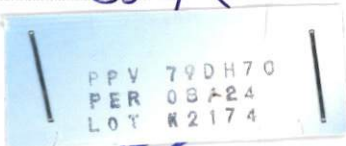
49,60

4. Dine ful 15

14,00

5. Dine

URGENTES 24h/
05.35.61.19.00



ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 07/2024
LOT 15038 26

20 comprimés effervescents

PPV: 49,60 DH
LOT: 21129
EXP: 09/2024

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2751

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification

69,00

6-

Dolivox mi

31

359,40

SW

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26.50 DH



يحفظ بعيداً عن
chaleur et de l'humidité.

Pharmacie Yassine
Mme Boum Myriem
1, Route Ann Chkef - FES
Tél : 05 35 60 42 53

Dr RTEL BENNOU Sanad
Réanimatrice - Anesthésiste
Clinique Al Kawther
Tél : 05 35 60 19 00

Pharmacie Yassine
Mme Boum Myriem
1, Route Ann Chkef - FES
Tél : 05 35 60 42 53

Docivox

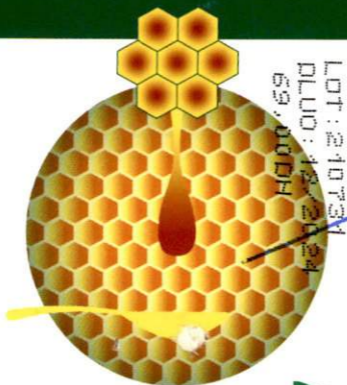
Sirop naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES

(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



200 ml

Deva



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

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :



709,00

- Typ 1



89,50

Arrebit



168,50

PHARMACIE FES TAJMOUATI
Dr Khalid TAJMOUATI
5, Rue Ammane Rte Ain Chkef
FES - Tél. 05 35 60 00 48

CLINIQUE AL KAWTAR
Tous les Spécialistes
AV. Md El Fassi Rte Imouzzar - FES
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

Lot : 210302
A consommer avant le : 05/2025
PPC : 89,50 DH



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



Myobil®

CERVICALES - DOS - LOMBAIRES

- ***Apaisant et Relaxant***

L'orange amer est reconnu pour ses propriétés myorelaxantes.

L'extrait de Marjolaine contribue au bon fonctionnement du système nerveux.

- ***Améliore la mobilité***

La scutellaire contribue au bon fonctionnement des muscles du squelette.

Ce produit n'est pas un médicament mais un complément alimentaire à base de plantes, de taurine et de minéraux.


Laboratoire Pharmaceutique
MC PHARMA

Produits de Santé par Nature

30 comprimés
Poids net: 30 g

À consommer de préférence avant fin /
Best before :
Lot n° / Batch n°:

PPC: 79,00 DH

V003 - ETMYOB30CPMCP

6 111250 430289



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

25.02.22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

BRAHIN
Assiya

NOTE D'HONORAIRE

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 Imouzzer - 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

31/12/21

Medecin Traitant :

Nom :

Ben brahim

Prénom :

Aliya



NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 100

TOTAL : 350

TROIS CENTS CINQUANTE DIRHAMS



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 / Site Web : www.clinique-fes.com

ISO 9001 - 2015

BUREAU VERITAS
Certification



Fès, le 31 Mars 2020

BON DE PAIEMENT Nr. 005083

N° de Fiche :

Reçu de Mr : Belabrahim Affriya

La Somme de (en chiffres) : 35080

(En lettres) :

☐ Réglée en Espèce ☐ Réglée par chèque N°

Signature :



CLINIQUE AL KAWTAR مصجبة 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. 001126

Fès, le 22. 02. 22

N° de Fiche :

Reçu de Mr : ASSIGN. Ben B RABIM

La Somme de (en chiffres) : 350 DH

(En lettres) :

☒ Réglée en Espèce ☐ Réglée par chèque N°

Signature :

250.
CLINIQUE AL KAWTIB
Routes Spéciales
Tél : 05 38 44 14 00
W. Md El Tassiri Imouzer - Fe