

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1787		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	106763
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :		Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) :

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.

Médecine 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.

Éducation :

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

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

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 : Bouskoura golf city I min 45 Appart Prestige

Tél. : 06 70 654 7005

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

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) : Ben Brahim Assiya

Le : 07/03/2022

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
31/12/21	CK		100,00	
31/12/21	CS		250,00	
25.01.22	CK	CK	100,00	
25.01.22	CS	3	250,00	 Dr. MASKANI Moha Medecine Interniste Clinique Al Firdaus GSM Tel: 055 222 0000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Khalid TAJMOUATI Rue Ammine Rte Ain Chkef Tél. 05 35 60 00 48	21/12/11	168,50
142055284	20/1/12	359,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

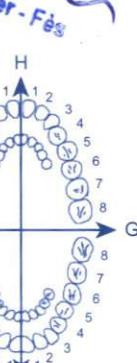
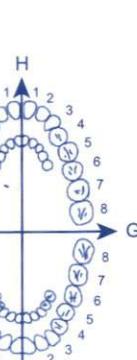
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

DENTS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
					Coefficient des travaux																												
					Montants des soins																												
					Début d'exécution																												
					Fin d'exécution																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		G		D			G	00000000		00000000		25533412		21433552		00000000		00000000		35533411		11433553		B				Coefficient des travaux
H		G																															
D			G																														
00000000		00000000																															
25533412		21433552																															
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins																												
					Date du devis																												
					Date de l'exécution																												

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



140006610

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom : *CLINIQUE AL KAWTAR*
Av. Md El Fassi Rte Imouzzer Fes
Tel: 05 35 61 19 00
Fax: 05 35 61 19 01
Ben Brahim Assiye

ORDONNANCE

Fès le

25/1/22

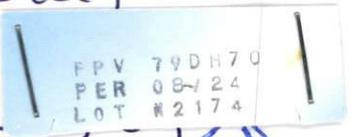
79,70 DH

1. AZirop 500mg (02un) ✓



26,00

1c 1
1/2 u 11



2. Vilc 1000

1cx

40,90

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400DH90 EXP 07/2024
LOT 15038 26

3. Zinoskri 1500

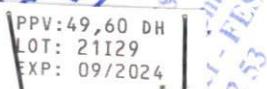
1c 11

49,60

20 comprimés effervescents

4. Dexam fct 1000

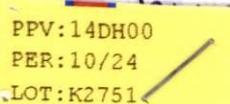
1c 11



14,00

5. Ddimer

1/ -



URGENCES 24h/
05.35.61.19.00



69,00

6-

Dolivox mi

31

399,40

CS

VITAMINE C 1g
Boîte de 20 comprimés effervescents
P.P.V. : 26,50 DH
0 118 000 190936

يحفظ بعيداً عن
chaleur et de l'humidité.

Pharmacie Vassine
Mme Boujemaa Mريم
1, Route du Chkef - FES
Tel. 05 35 60 42 33

~~DR TEL BENNANI Sanae~~
Réanimatrice - Anesthésiste
Clinique Al Kawtar
Tél. 05 35 64 73 00

~~Pharmacie Vassine~~
Mme Boujemaa Mريم
1, Route du Chkef - FES
Tel. 05 35 60 42 33

DociVox

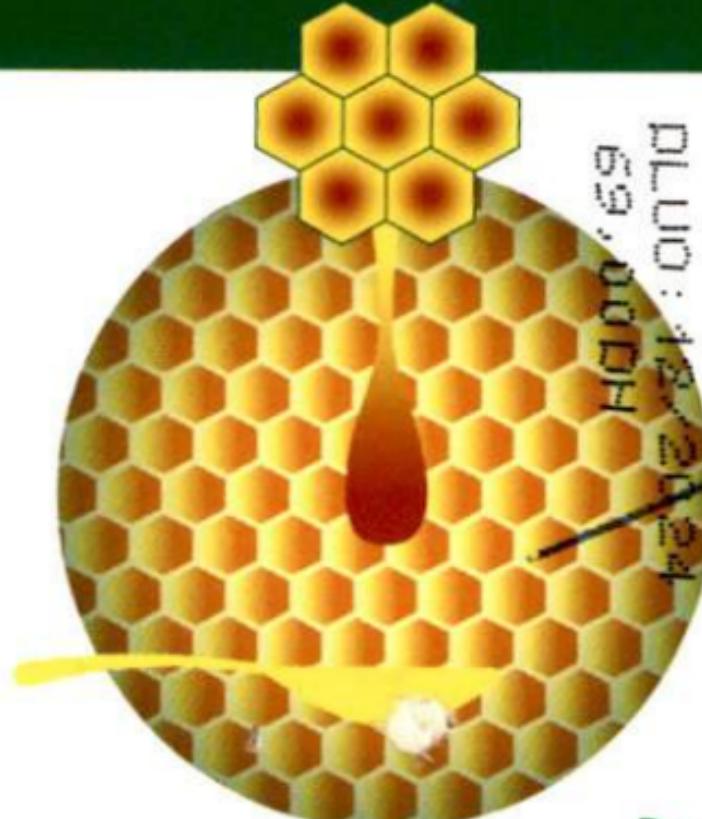
Sirop naturel
sans conservateur

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 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

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

ORDONNANCE

Fès le

17/01/2014
BENBABA
Doudh



705,00

- 745,00



89,50

NETT



168,50

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

CLINIQUE AL KAWTAR
Tous les Spécialités
Fès : 05 35 61 19 01
Tel : 05 35 61 19 00
AV. Md El Fassi, Rte Imouzzer FES

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



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



Myobil®

CERVICALES - DOS - LOMBAIRES

- **Apaisant et Relaxant**

L'oranger 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 baume et de minéraux.

30 comprimés
Poids net: 30 g

Produits de Santé par Nature

À consommer de préférence avant fin /

Best before :

Lot n° / Batch n°:

PPC : 79,00 DH

V003 - ETMYOB30CPMCP



6 111250 430289

PHARMA





CLINIQUE AL KAWTAR

140006610

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

ORDONNANCE

à Fès le

25.02.22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

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

BRAHIM
Assiye

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
Toutes Spécialités
AV. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



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



Medecin Traitant :

Nom :

Blu brahim

Prénom :

A lghir ya

Fès le



NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 100

TOTAL : 350

TROIS CENTS CINQUANTE DIRHAMS



URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00



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

E-mail : cliniquealkawtar@menara.ma / Site Web : www.clinique-fes.com

ISO 9001 - 2015

BUREAU VERITAS
Certification



BON DE PAIEMENT Nr. 005083

Fès, le 31 Mars 2016

N° de Fiche :

Reçu de Mr :

Blubrahim Alhajya

La Somme de (en chiffres) :

35000

(En lettres) :

Réglée en Espèce

Réglée par chèque N°

Signature :



الكوثر مصحة 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

E-mail : cliniquealkawtar@menara.ma / Site Web : www.clinique-fes.com

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



BON DE PAIEMENT Nr. 001126

Fès, le 25.08.22

N° de Fiche :

Reçu de Mr :

ASSiyan Ben B RaBim

La Somme de (en chiffres) :

350 DH

(En lettres) :

Réglée en Espèce Réglée par chèque N°

Signature :

~~AL KAWTHAR~~
~~Specialties~~
~~Route 1 Re Imouzer - F~~
~~Tel: 05 32 56 74 00~~
~~MDELSI~~
~~AL KAWTHAR~~
280