

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED

Date de naissance : 01 - 01 - 1953

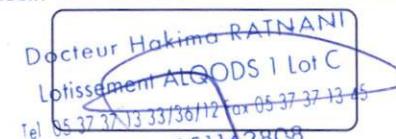
Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CARA

Tél. 0670566416

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JALIL Mohammed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA ALBLANCA

Le : 01/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin CLINIQUE NOOR KENTRA INPE 051162808
31/12/2022	Consultation	C2	6000 DH Lotissement ALQODS 1 Lot C DOCTEUR HAKIMOU RATTI INPE 051162808	Tel: 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45 Lotissement ALQODS 1 Lot C INPE 051162808 DOCTEUR HAKIMOU RATTI INPE 051162808
01/01/2023			10000 DH Lotissement ALQODS 1 Lot C INPE 051162808	05 37 37 13 33/36/12 Fax: 05 37 37 13 45 05 37 37 13 33/36/12 Fax: 05 37 37 13 45 INPE 051162808

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE DE L'ESPAGNE Dr. M. BERNARD - Manufacture 57 BUL. SAINT-LOUIS 44110 NANTES Tél. 03 67 36 31 83 Fax 03 67 36 31 84
	31/12/22	31/12/23

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

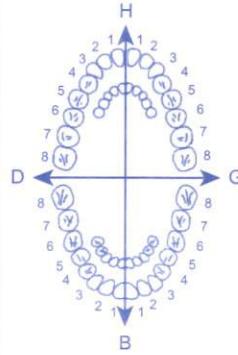
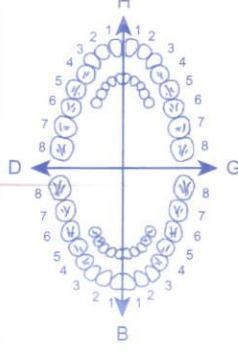
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



CLINIQUE NOOR KÉNITRA

ORDONNANCE

Kénitra, le : 01/01/2013

2011 + 2 Mr: Jahl Med



1) Daffa 100mg

3cp.

2 cp.

6c

1 cp.

3 jv

2 jv

1 mois

pui

1m

201,02



2) Hemofast crème

1 l/ 15

Hemofast®
Pommade

19,60

Hemofast®
Pommade

19,60

Docteur Hakima RATNANI

Lotissement ALQODS 1 Lot C

Tel: 05 37 37 13 38 / 36 / 12 Fax: 05 37 37 13 45

INPE: 051162B08

CLINIQUE NOOR KENITRA
tel: 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax: 05 37 13 45
Lotissement ALQODS 1 LOT C (En Face MARJANE MARKET)
INPE CNK: 050063809

Tél : 05 37 37 13 33 / 36 / 42 - Fax : 05 37 37 13 45

www.cnk.ma • contact@cnk.ma

Lotissement ALQODS 1 Lot C (à côté de la délégation CNSS) - Kénitra



CLINIQUE NOOR KÉNITRA

ORDONNANCE

Kénitra, le : 31/12/22

M^v: Jahil Med



Carbogen 5 tablette

2 - 2 - 2 / i avant repas, 3 jr
pri

g) 1) norco 0 - 1 / i 1 mois avant repas.
x 05.10

2) ULtralevum gel

1043	05 2022	05 2025
BIOCODYX MAROC PPV 95,40 DH		

Docteur Hakima RAJNA
Lotissement ALQODS 1 Lot C
Tel: 05 37 37 13 33 | 36 | 42 Fax: 05 37 37 13 45
INPE 05116282



Tél : 05 37 37 13 33 / 36 / 42 - Fax : 05 37 37 13 45

www.cnk.ma • contact@cnk.ma

Lotissement ALQODS 1 Lot C (à côté de la délégation CNSS) - Kénitra

1011 04 2022 04 2025
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

LOT: 210226
PER: 04/2024
PPC: 79,50 DH

LOT: 220527
PER: 07/2025
PPC: 79,50DH



CLINIQUE NOOR KÉNITRA

NOTE CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Trouble fonctionnelle
intestinale

3) Traitement envisagé et actes :

C2 q Phamacie

4) Code acte :

5) Durée prévisible du traitement :

Kénitra, Le

Docteur **Hakima RATNANI**
Signature
Lotissement ALQODS 1 Lot C
Tél : 05 37 37 13 33 / 36 / 42 - Fax : 05 37 37 13 45
N°PE : 051162808

Tél : 05 37 37 13 33 / 36 / 42 - Fax : 05 37 37 13 45

www.cnk.ma - contact@cnk.ma

Lotissement AL QODS 1 Lot. C (à côté de la délégation CNSS) - Kénitra

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : JALIL MOHAMMED	N° Facture	0	22L311805
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN INJECTA (05)	1	6,73	6,73
INTRANULE ROSE G 20 (01)	1	20,80	20,80
PERFUSEUR DIVERS (01)	1	15,00	15,00
SERINGUE 10 ML (01)	1	11,40	11,40
SERUM SALE 0.9% 100 M POCHE PERF (01)	1	9,00	9,00
SPASMOPAN INJECTABLE 20MG (06)	1	1,76	1,76
Total pharmacie			64,69

CLINIQUE NOOR KENITRA
Tél.05 37 37 16 33/36 42 Fax: 05 37 37 13 45
Bâtissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)
INPE/030063809

CLINIQUE NOOR KENITRA

LOTISSEMENT AL QODS 1 LOT C (EN FACE D'ACIMA) - K
0537371336/33/42

Relevé des prestations

N° : CLINIQUE NOOR KENITRA
Tél: 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45
du 31/12/2022
Lottoissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)
INPE: 050063809

Nom patient JALIL MOHAMMED Entrée 31/12/2022
PAYANT Sortie 31/12/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION SPECIALISTE	1,00		400,00	400,00
ACTES D'INFIRMIERES	1,00		35,31	35,31
VOIE VEINEUSE	1,00		120,00	120,00
				Sous-Total 555,31
PHARMACIE	1,00		64,69	64,69
				Sous-Total 64,69
Total Clinique				620,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT VINGT DIRHAMS	Total 620,00

CLINIQUE NOOR KENITRA
Tél: 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45
Lottoissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)
INPE: 050063809