

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

- 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

M22- 0059354

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : K. Bernada SAOUAD

Date de naissance : 13-07-58

Adresse :

Tél. : 0629465965 Total des frais engagés : 507 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. ZAKI Zouheir
Professeur en ORL
et Chirurgie Cervico-faciale
CHU HASSAN II - FES
INPE : 141147678

Date de consultation : 25/01/2024

Nom et prénom du malade : Pr. ZAKI Zouheir Age :

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

Nature de la maladie : Sinusite

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 : Fes le : 25/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/01/2024		C.5	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE PARIS MONFLEURIE
SARL AU
Dr. A. MELLIANE Hassanien
19, Av. Gran Rue de Paris Monfleurie - FES.
TEL : 05 35 96 09 41
INPE : 142064435

25/01/2024

202,00



142064435

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

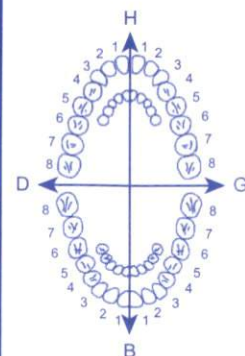
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

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،
الأذن، الحنجرة، العنق والوجه

أستاذ مبرز بكلية الطب بفاس

INPE : 141147678

Fès, le 25/1/24 في فاس،

Me BEN HAJOU Malika

190, 00

+ Aeronap



21/02/24

pt. 3 mois

12.60

+ Ephedryl



1x le soir

pt. 15 j

202, 20

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi, Rte Imouzzar - Fès
Tél : 06 66 02 73 93
Fax : 06 61 30 48 82
INPE : 142064435

FARMACIE PARIS MONFLEURIE
SARLAU
Dr. BENSLIMANE Hassania
196, Av. Oran Rue de Paris Monfleurie 1 - FES
TEL : 05-35 96 09 41
INPE : 142064435

Pr. ZAKI Zouheir
Professeur en ORL
et Chirurgie Cervico-faciale
CHU HASSAN II - FES
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

Aeromax®

Budésónide

LOT:066T041A

PER:09/2025

PPV:190.00 DH

إيفيدريل

علبة من 20 قرصا

Lot N°/Date Per.:



719005 1245 27
الرياض
مستشفى
الرياض
2025/09/27



مصحة الكوثر

CLINIQUE AL KAWTAR

جميع الاختصاصات
Toutes Spécialités



FACTURE N° 202401923

FES Le : 25-01-2024

page 1 / 1

Identification	
N° Dossier : 24A25111535	N°IPP : 024415/24
Nom & Prénom : Mme BEN HAJOU MALIKA	
C.I.N. :	
Date Naissance : 01-01-1982	
Adresse : FES	
Médecin traitant	
DR. ZAKI ZOUHEIR	

Organisme : Payant
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 25-01-2024
Date Sortie : 25-01-2024
Traitement
Consultation

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS		1	50,00			50,00
PART CLINIQUE						50,00
Sous Total						50,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						50,00
HONORAIRES MEDICAUX		1	250,00			250,00
DR. ZAKI ZOUHAIR (OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE)						250,00
Sous Total						250,00
TOTAL PARTIE AUTRUI						250,00
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS

Facture Imprimer par : HAJAR BOUZIDI

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi, Rte Imouzzar - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01
INPE : 140006610

SCP

CNSS : 7485627 - PATENTE : 13013206 - IF : 04503162 - ICE : 001637627000066

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

URGENCES 24h/24
05 35 61 19 00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification

