

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

- 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



0661490430
Déclaration de Maladie

M22- 0018979

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 CASA
 Tél. : 0670566416 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Docteur Hakima RATNANI
 Lotissement ALGODS 1 Lot C
 Tel 05 37 37 13 33/36/12 Fax 05 37 37 13 45
 INPE 051162808
 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 : CASABLANCA Le : 01/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
31/12/22		72		
01/01/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires
	31/12/22	
	01/01/23	

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	

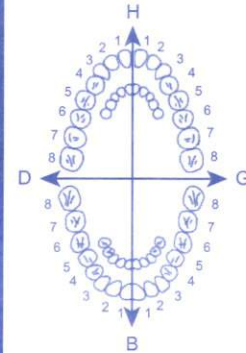
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

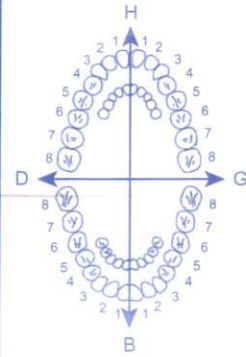


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
Montants des Soins	<input type="text"/>
Date du Devis	<input type="text"/>
Date de l'exécution	<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 : 01/01/23

201. +2

M^r: Jahel Med

1) Daftra 100mg



3cp. 3jr pm

2cp. 2jr pm

1cp. 1fois

19,60

201,00

3) Hemofast aine



1 2/1 15

012183044
EXP09/2024
PVV201DH00
201,00

012183044
EXP09/2024
PVV201DH00
2

Hemofast[®]
Pommade
19,60

Hemofast[®]
Pommade
19,60

~~PHARMACIE ESPACE SANTE
57 Dr. Rami / Lot Kénitra
Bir Ramil / Lot Kénitra
Tél 037363138~~

44120

Docteur Hakima RATNANI
Lotissement ALQODS 1 Lot C
Tel 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax 05 37 37 13 45
INPE 051162808

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 - 050043809

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^r: Jalil Med

Carbocarb trait

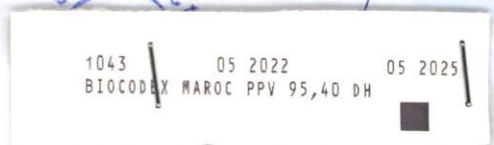
2 - 2 - 2 pi avant repas; 3 jr

0 - 1 pi 1 mois avant repas.

2) ULtralaven gel

1 - 0 - 0 pi 1 mois avant repas

Docteur Hakima RATNANKRES
Lotissement ALQODS 1 Lot C
Tél 05 37 37 13 33/36/42 Fax 05 37 37 13 45
INPE 05116202



PHARMACIE ESPACE SANTE
Dr Ikhram RHOUFRI
57 Bir Rami Est Kénitra
Tél 037 36 31 38

PHARMACIE ESPACE SANTE
Dr Ikhram RHOUFRI
57 Bir Rami Est Kénitra
Tél 037 36 31 38

PHARMACIE ESPACE SANTE
Dr Ikhram RHOUFRI
57 Bir Rami Est Kénitra
Tél 037 36 31 38

CLINIQUE NOOR KÉNITRA
Lotissement ALQODS 1 Lot C (En Face MARJANE MARKET)
Tél 05 37 37 13 33/36/42 Fax 05 37 37 13 45
INPE CNK - 05063809

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 à pharmacie.

4) Code acte :

5) Durée prévisible du traitement :

Kénitra, Le

Docteur *Stakima RATNANI*
Signature
Lotissement AL QODS 1 Lot C
Tel: 05 37 37 13 33 / 36 / 42 - Fax: 05 37 37 13 45
N° 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
Tel. 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45
-tissement ALQODS 1/LOT C (En face ACIMA)
NPE/050063809

CLINIQUE NOOR KENITRA

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

Relevé des prestations

N° : **CLINIQUE NOOR KENITRA** du 31/12/2022
Tel: 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45

Lotissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)
INPE: 050063809

Nom patient **JALIL MOHAMMED**
PAYANT

Entrée 31/12/2022
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
			<i>Sous-Total</i>	555,31
PHARMACIE	1,00		64,69	64,69
			<i>Sous-Total</i>	64,69
Total Clinique				620,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENT VINGT DIRHAMS	Total	620,00

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