

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-769574

146060

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>9151</b>	Société : <b>Royal Air Maroc</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENDAOUD Fouad</b>			
Date de naissance : <b>2/7/1951</b>			
Adresse : <b>1, rue Rabat, Deroua</b>			
Tél. : <b>0663660451</b>	Total des frais engagés :	<b>2572,50dh</b>	
Dhs			

<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>Dr. mame JABRI</b>  <small>Urgences / Accidents / Soins Palliatifs</small>  <small>Clinique et Centre de Réadaptation Menara</small>  <small>Tel: 05 22 24 71 74</small>  <small>INPE: 05 22 24 71 81</small> </div> <p>Date de consultation : <b>9/12/2022</b></p> <p>Nom et prénom du malade : <b>BENDAOUD Fouad</b></p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même   <input type="checkbox"/> Conjoint   <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <b>Maladie néoplasique du pancréas</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Fait à : <b>Parapech</b>   <b>Le : 13 JAN 2023</b></p> <p>Signature de l'adhérent(e) : <b>E.ay</b></p> <p style="text-align: right;"><b>R A CIE 12/12/2022</b></p>
---	---

## **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
03/12/2022	CB8	CB	17474	DR. LIMARIE JABR URGENCES D'ACCIDEAUX SOINS DE PLUFS CLINIQUE MATERNALE MEEREA TÉL : 03 77 18 53 81

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE IBN TOFAIL</b> <u>M. AMRAOUI FATIMA</u> <u>1 Rue Ibn Zaidoun Guéliz</u> <u>Marrakech 40000</u> <u>Tel 05 24 44</u>	<u>12/12/22</u>	<u>2572,00</u>

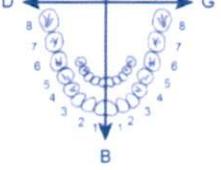
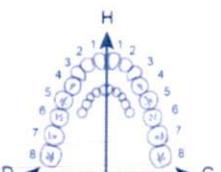
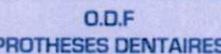
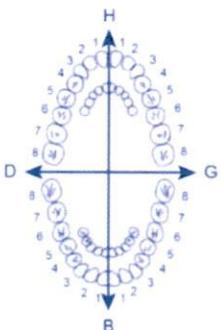
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
ET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

**CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA**

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie  
 Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur  
 Centre de Médecine Nucléaire et Pet Scanner - Gamma Caméra  
 Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

INPE : 070061379

**المصحة المختصة المنارة**

الأنكولوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم  
 ووحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية  
 مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البيزوتروني  
 مركز الأشعنة



Marrakech, le

21/12/2008

070061379

mir ben skoud foud  
33,20 Dik minsk adda 3/j/10  
31,70 Apr skwim le rein  
14,68,00 skwim  
+ 398,00 skwim  
- 34,60 skwim  
24,60 Pot skwim  
126,00 Cipron skwim  
T = 2572,50

Rue Ibn Zaidoun 44 Guéliz  
 Tel. 05 24 44 44 0000  
 PHARMACIE IBN TOFAIL  
 MAMRAOUI PATIMA  
 Marrakech

Dr. Imane JABRIM  
 oncologue  
 19, Albek Quartier de l'Hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech  
 Tél. : 05 24 44 71 74 - Fax : 05 24 44 70 21  
 الباكس: 05 24 44 71 74

Maphar®  
Bd Alkmia N°6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745

LO LASILIX 40MG  
PER.:04 20CP SEC  
2026

P.P.V :34DH60

6 118000 060468

ZENITH Pharma ARIXTA 7,5 mg/0,6 ml  
2 Seringues pré-remplies à usage unique  
6 113001 271825  
AMIN N°: 15/18/DMP/21/NRQDNM  
PPV : 398,00 DH

ZENITH Pharma ARIXTA 7,5 mg/0,6 ml  
2 Seringues pré-remplies à usage unique  
6 113001 271825  
AMIN N°: 15/18/DMP/21/NRQDNM  
PPV : 398,00 DH

PPV 24DH60  
EXP 04/2025  
LOT 22033 3

POTASSIUM  
LAPROPHAN®  
Sirop 125 ml

LO LASILIX 40MG  
20CP SEC  
PER.:04 2026  
P.P.V :34DH60

6 118000 060468

CILENTRA®10 mg  
Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables

6 118001 300303

Sipraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 020530



PHARMACIE IBN TOFAIL

Dr. AMRAOUI FATIMA

ANGLE RUE IBN ZAIDOUNE ET A.W.DERRRAQ MARRAKECH

I.F : 69100260

Pat 45310609

RC : 38276

ICE:001535984000006

Facture N°: 226260

**Client:**

BEN DAOUD FOUAD

**Date :** 12/12/2022

DESIGNATION	QTE	Prix Unit	REMIS	Total	TVA
ARIXTRA 7.5MG B/10	1	1 468.00	0.00	1 468.00	0.00
ARIXTRA 7.5 B2	2	398.00	0.00	796.00	0.00
ALPRAZ 0.5MG /28 CPS	1	35.70	0.00	35.70	7.00
DAKTARIN.GEL BUCCAL	1	53.00	0.00	53.00	7.00
LASILIX 40 MG 20 CPS	2	34.60	0.00	69.20	0.00
CILENTRA 10MG/28CPS	1	126.00	0.00	126.00	7.00
POTASSIUM SIROP LAPROPHAN	1	24.60	0.00	24.60	0.00

Total HT : 2 558.45

Total TVA 14.05

Total TTC : 2 572.50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux Mille Cinq cents Soixante Douze Dirhams et Cinquante Cts Toute Taxe Comprise

PHARMACIE IBN TOFAIL  
M. AMRAOUI FATIMA  
1 Rue Ibn Zaidoun Guéliz  
Marrakech 40000  
Tél : 05 24 44