

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

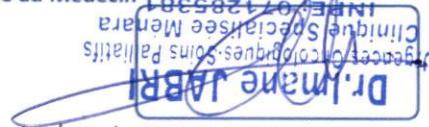
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-775635

145061

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 2151	Société : Royal Air Maroc	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENDAOUD Fouad		
Date de naissance : 21/7/1951		
Adresse : 1, rue Rabat, Deroua, Maroc		
Tél. : 0663660451	Total des frais engagés : 2011,50 dh	Dhs

<p>Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019</p> <p>Cachet du médecin :</p> 	<p>Date de consultation : 31/12/2022</p> <p>Nom et prénom du malade : BENDAOUD Fouad</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 : Maladie néoplasique du pancréas</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>Age : 71</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 : Casablanca</p> <p>Signature de l'adhérent(e) : </p> <p>Le : 23 JAN. 2023</p> <p>MUPRAS</p>
---	---	--

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/22	2011,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : [REDACTED]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
				DIMEPRAZOLE GT 40 mg 5 flacons																
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]																
				 6 118001 380398																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			01649																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		05/2023
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
				276,00																
				LOT: [REDACTED]																
				PER: [REDACTED]																
				PPV: DH																
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
				DATE DU DEVIS [REDACTED]																
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				



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°: 226440

Client:

BEN DAOUD FOUAD

Date : 12/12/2022

DESIGNATION	QTE	Prix Unit	REMIS	Total	TVA
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE LAPRO	3	21.00	0.00	63.00	7.00
PERIOLIMEL N4 POCHE 2000ML	2	617.00	0.00	1 234.00	7.00
ACUPAN INJ/5 AMP	1	50.90	0.00	50.90	7.00
OMEPRAZOLE NORMON 40MG INJ	2	48.00	0.00	96.00	7.00
OMEPRAZOLE GT 40MG /5 FLACONS	1	276.00	0.00	276.00	7.00
SOLU-MEDROL 40MG INJ. /1AMP	12	24.30	0.00	291.60	0.00

Total HT : 1 898.98

Total TVA 112.52

Total TTC : 2 011.50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux Mille Onze Dirhams et Cinquante Cts Toute Taxe Comprise

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hématologie - 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
 الأنكلووجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم
 وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية
 مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار الميروترونوي
 مركز الأشعة



Marrakech, le

9/12/2012

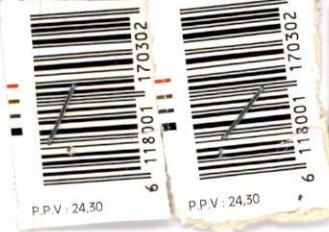
070061379

Mr. Ben Droud Fouad
 perfusion à domicile **TS** / 77.
 617,00 x 9
 - à la clinique N4
 NL 124 F
 21,00 x 03
 Serum Sol 300 ml **SV**
 48,00 x 02 + suc pm **SV**
 276,00 Dedes 40 mg **SV**
 24,30 x 12 Soluimedol 80 mg,
 T = 2011,53

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

Dr. Imate JABRI
 Urgences Oncologiques sans palliatifs
 Clinique Spécialisée MENARA
 INPE: 07 12 867 74
 Tel: 05 24 44 71 74

Pharmacie Ibn Tofail
 Mme AMRAOUI Fatima
 1 Rue Ibn Zaidoun Guéliz Marrakech
 Tel: 05 24 44 89 69 Fax: 05 24 43 32 39
 INPE: 07 20 12 40 40



Ne pas dépasser la dose prescrite



NORMON

BIOCODEX MAROC
P.P.V.: 50,90DHS

LOT:T80R1
PER:11/2023
PPV:48.00 DH



Ne pas dépasser la dose prescrite



NORMON

LOT:T80R1
PER:11/2023
PPV:48.00 DH

