

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12523

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJJAMI MOSTAFA

Date de naissance :

03/07/1984

Adresse :

Tél. :

06 60 80 87 09

Total des frais engagés :

230,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

5/7/2011

Nom et prénom du malade :

HAJJAMI MOSTAFA

Age: 38 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angines pulvres

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 :

Le : 05/07/2011

Signature de l'adhérent(e) :

H. M. J. C. EL MUABBAK CLINIQUE AL MAADEE 04 AOUT 2011

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
26/07/2021	C8	6	6000	INP : 0600000035 SOCIETEUR C. 33-56-40-40 PAIEMENT - 08.61.21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/2/01	230.40

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	

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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	D	00000000	00000000	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
	G	35533411	11433553	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
	B			
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MARJANE

Quartier Administratif

Tél: 05.23.56.40.40

05.23.56.61.61

Fax: 05.23.56.60.60

KHOURIBGA

مصحة المرجان

الحي الاداري

الهاتف: 05.23.56.40.40

05.23.56.61.61

الفاكس: 05.23.56.60.60

خريطة

Le 8/8/00

Nom: M. HAJJAMI

61.50

دواء

- Metformin 15

$141 \times 2 = 282$

- Orlid forte mg 700
 $700 \times 3 = 2100$

61.40

- Seg 250

$250 \times 2 = 500$

- Agitale spray
 $250 \times 3 = 750$

T = 23040

PHARMACIE DE L'HOPITAL
داروں کی خریداری
Dr. El Amine
Doctor en pharmacie
Address : N°17, Ed de l'Hopital
Dakira Khouribga, tel : 05 23 56 60 73

Dr. C. EL MJABBER
DIRECTEUR CLINIQUE AL MARJANE
Tél: 05.23.56.40.40 Fax: 05.23.56.60.60
Gsm: 06.61.21.12.00

51,40

LOT : 0062002
PER : 007/2024
PPV : 51,40 DH



8 032578 479676

LOT



211039

2025/01

PPC : 89,50 DH

Doliprane

1000 mg

PARACÉTAMOL



bottu s.a.

E2, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV : 14DH00

PER : 09/24

LOT : K2333

ADI

COMPRIMÉ

Doliprane

1000 mg

PARACÉTAMOL



bottu s.a.

E2, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV : 14DH00

PER : 09/24

LOT : K2333

ADI

COMPRIMÉ

Doliprane

1000 mg

PARACÉTAMOL



bottu s.a.

E2, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV : 14DH00

PER : 09/24

LOT : K2333

ADI

COMPRIMÉ

15 mg

Meloxicam

Mobic®



PPV: 61DH50

PER: 09/24

LOT: K2604

