

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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

M22- 0008877

Maladie

Dentaire

Optique

par courrier

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2148

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Baitou Boujemaa

Date de naissance :

01/01/1936

Adresse : Hay el bahija Hay el Hassanii N° 440

Marrakech

Tél. : 05 24 39 53 37 Total des frais engagés : 997,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BENITTO Salah
Bd Elmidani Bloc 25 N° 693
Hay Hassani - Marrakech
Tél : 05 24 34 79 03
Gsm : 06 61 19 61 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

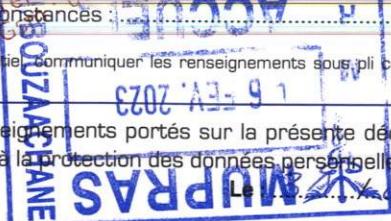
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) : BAITOU BOUJEMAA



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0008877

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
31 JAN 2023	C	1	1000M	Dr. BENITO Salah Bd Elmidani Bloc 25 N° F93 Hay Hassam Matarresh Tél : 05 24 34 79 93 Gsm : 06 61 19 61 21 071022602

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31-01-2023	89700 Sous réserve de vérification Pharmacie Al-BAMJA Dr. BENITO SALAH Bd Elmidani 25 Hay Hassam Matarresh Tous reçus sous réserve vérification

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
		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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	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		

Dr. Salah BENITTO

الدكتور صالح بنينتو

Médecine Générale

الطب العام

Echographie Générale

الفحص بالموجات فوق الصوتية

Marrakech, le : **31 JAN 2023** مراكش، في :

BAITOU BOUJEMAA

125,30

1/ Vaxigrip Tetra

(SV)

163,90

2/ Serofer 200

(SV)

185,00x2

3/ Sapha 250mg 26ml
1 bouteille 250ml

(SV)

52,10

4/ Inactin 100ml

(SV)

79,50

5/ Tenzozon 50ml

(SV)

45,30

6/ Ventoline spray

(SV)

158,00x2

7/ Ibuprofène à renouveler

(SV)

Doliprane 500 Effervescent 26ml
14 sachets

(SV)

897,00

Dr. BENITTO Salah

Bd Elmidaoui Bloc 25 N° F93

Hay Hassani - Marrakech

Tél : 05 24 34 79 93

05 24 34 79 93

071022602

شارع الميداني، بلوك 25 رقم 693 الحي الحسني - مراكش - الهاتف : 05 24 34 79 93 - المحمول : 06 61 19 61 23

Bd. El Midani, Bloc 25 N° 693 Hay Hassani - Marrakech - Tél. : 05 24 34 79 93 / GSM : 06 61 19 61 23

Pharmacie AL BAHJA
Dr BENITTO SOAAD
Tel. 05 24 34 79 93
Bd Elmidaoui Bloc 25 N° F93
Hay Hassani - Marrakech
Tél. : 05 24 34 79 93
05 24 34 79 93

TERAZOSI



LOT: 12822009
PER: 06/2025
PPV: 79,50 DH

Boîte



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Des précautions particulières de conservation sont nécessaires sous ordonnance médicale. Veuillez lire attentivement la notice avant l'utilisation. Tableau A (Liste I).



LOT: GB20159
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

15,80

PPV 150 DH 80
PER 04/25
LOT L1521

15,80

PPV 150 DH 80
PER 03/25
LOT L873

LOT: GB20159
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V.: 125,30 DH

6 118001 082247

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SERDEP® 20 mg

fluoxétine

LOT : 08422001
PER : 03/2025
PPU : 163,20 DH

Boîte de 28 gélules
Voie orale

