

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 048038

☐ Maladie ☒ Dentaire 74396 ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAITOU BOUJEMAA

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : 14 elbahja 440 Marrakech

Tél. : 0524 39 53 37 Total des frais engagés : 1002,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENITTO Salah
Bd Elmidani Bloc 25 N° 693
Hay Hassani - Marrakech
Tél : 05 24 34 79 93
Gsm : 06 61 19 61 23

Date de consultation : 08/06/2021

Nom et prénom du malade : BAITOU BOUJEMAA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ASH

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 Le : 08/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-48038

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 :

RELEVÉ 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
08 JUIN 2021	C	1	100,00	Dr. BENITTO SAHJ Bd Elmidani Bloc 25 N° 693 Hay Hassani - Marrakech Tél : 05 24 34 99 93 Csm : 05 61 19 61 23 071022602

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL SAHJA DR. BENGHAZAL SAHJA DR. BENGHAZAL SAHJA DR. BENGHAZAL SAHJA	08/06/2021	902,20

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	

VOLET ADHERENT

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

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'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">B</td> </tr> </table>	H		H	25533412	00000000	21433552	D	00000000	G	35533411	11433553		B		
H		H																	
25533412	00000000	21433552																	
D	00000000	G																	
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salah BENITTO

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتور صالح بنيطو

الطب العام
الفحص بالموجات فوق الصوتية

Marrakech, le

08 JUIN 2021

مراكش في

BAÏTOU BOUJEMAA

18500

1/ Saflu 250 mg 1 boîte

1 bouffée par jour

163,90 x 2

2/ Sersep 200 mg 2 boîtes

1 q/lj val 2 min

7950 x 2

3/ Teraprim 5 mg 2 boîtes

1 q/lj val 2 min

1580

4/ Dolipne 500 mg effervescent 2 boîtes

1 q 3 x 1j val 6 j

7600

5/ Biofer Vit effervescent 1 boîte

1 q/lj val 20 j

14000

6/ Cedex 200 1 boîte de 6 pilules

1 q/lj val 16 j

Dr. BENITTO Salah
Bd Elmidani Bloc 25 N°693
Hay Hassani - Marrakech
Tél : 05 24 34 79 93
Gsm : 06 61 19 61 23

071022302

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

TERAZOSINE
Téro

LOT: 12820013
PER: 12/2023
PPV: 79,50 DH

Boîte de
Vo

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Pas de précautions particulières de conservation
Sous ordonnance médicale.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de c
Tableau A (Liste I).

TERAZOSINE
Téro

LOT: 12820011
PER: 07/2023
PPV: 79,50 DH

Boîte de
Vo

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Pas de précautions particulières de conservation
Sous ordonnance médicale.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de c
Tableau A (Liste I).

20 مغ



LOT: 08420010
PER: 07/2023
PPV: 163,20 DH

20 مغ



LOT: 08420010
PER: 07/2023
PPV: 163,20 DH

LOT: 201160
PER: 04-2023
PPV: 140,00 DH

163,20 =>

163,20 =>

=> 15,80

الأوجاع والحمى
باراسيتامول
دواء
للكبار والأطفال
تحت إشراف طبي
PPV 15 DH 80
PER 12/2023
LOT J3586

SAFILL®

LOT: GB10187
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00