

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

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

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.

Nº M21- 048038

Maladie

Dentaire

7U396

Optique

Guerre

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 : Hay el Bahja 440 Mame Kac 1

Tél. : 0524 39 5337 Total des frais engagés : 1002,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

Dr. BENITTO Salah

Bd Elmidani Bloc 25 N° 693
Hay Hassani - Marrakech
Tel : 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 :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

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
08 JUIN 2021	C	1	100.000	Dr. BENITO SAB Bd Elmidani Bloc 25 N° 693 Hay Hassani - Marrakech Tel : 05 24 34 76 93 GSM : 06 61 19 61 23 1022602

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 G. SOALI Pharmacie AL BAHJA DE PENGHAZALA SOALI <small>Centre de Santé et de Sécurité Sociale</small> <small>Centre de Santé et de Sécurité Sociale</small>	08/06/2021	902, 70

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

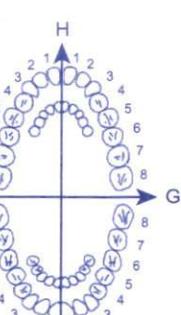
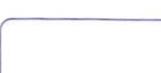
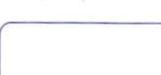
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411			
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	11433553															
G	35533411																
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
																	
																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Marrakech, le

08 JUIN 2021

مراكش في

BAÏTOU BOUJEMAA

18500	11 Safflu 250 mg	1 boîte	(SV)
	1 bouffée par jour		
163,90 x 2	21 Sersep do 2 boîte		(SV)
79,50 x 2	31 Térazpine 5 mg 2 boîte		(SV)
	14 l/j rd 2 min		(SV)
15,80	41 Doliprane 500g effervescent	2 boîtes	(SV)
	1 g 3 x 1 j rd 6 j		(SV)
76,00	51 Biofer Vit effervescent	1 boîte	(SV)
	14 l/j rd 20 j		(SV)
14000	67 Cedes do 1 boîte de 100 comprimés		(SV)
	1 gelule j rd 56 j		(SV)

Dr. BENITTO Salah
Bd El Midani Bloc 25 N° 693
Hay Hassani - Marrakech
Tél : 05 24 34 79 93
Gsm : 06 61 19 61 23
nous ne sommes pas responsables de la vérification de la validité des médicaments prescrits

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

071962302

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

TERAZOSINE

Téra

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

Boîte de
Voi

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 ce
Tableau A (Liste I).

TERAZOSINE I

Téra

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

Boîte de
Voi

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 ce
Tableau A (Liste I).

مغ 20

LOT: 08420010
PER: 07/2023
PPV: 163,200 DH

مغ 20

LOT: 08420010
PER: 07/2023
PPV: 163,200 DH

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

163,90 =>

← 15,80

PPV: 15 DH 80
PER: 12 / 23
LOT: J3586

SAFI

LOT: GB10187

PER: 12/2023

PPV: 185 DH 00