

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

- o Réclamation : contact@mupras.com
- o Prise en charge : pec@mupras.com
- o 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° W21-721498

COUNCIL

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248 Société : R.I.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : 126176

Nom & Prénom : Baitou Boujemaa

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Hay elbohja Hay el Hassani 440
Marrakech

Tél. : 0524895337 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENITTO Salah

Cachet du médecin : Bd Elmidani Bloc 25 N° 693
Hay Hassani - Marrakech
Tél : 05 24 34 79 93
Gsm : 06 61 19 61 23

Date de consultation : 09/08/2022

Nom et prénom du malade : BAÏTOU 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 : 09/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-721498

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).

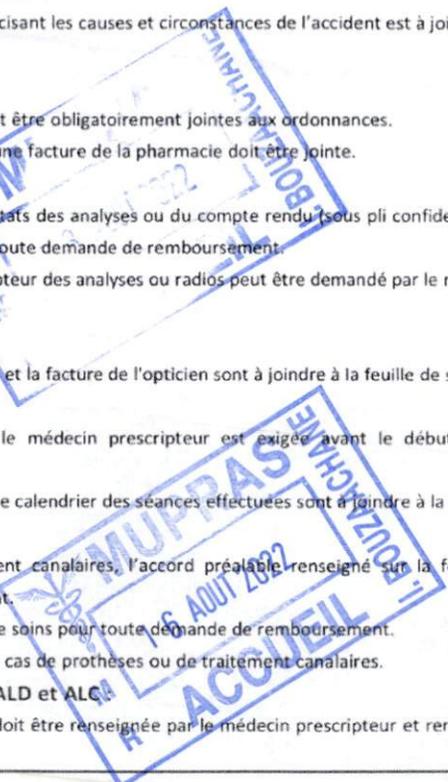
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
09 AOÛT 2022	C 1	100M		INP : <input type="text"/> Dr. BENITTO Salah Bd. Elmidadani Bloc 25 N° 693 Hay Hassani - Marrakech Tél : 05 24 34 79 93

071022602

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL BAHJA B BENGHAZALA SOAD Tél : 05 24 34 53 00 Cité Al Bahja - Marrakech	09/08/2022	727,40

072004013

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 : **09 AOUT 2022** : مراكش، في :

BAITOU BOUJEMAA

82,10 x 2

1/ Inexim deux 2 boites de 14 g

14 g; 1 boîte de 14 g

79,50

2/ Terazosin Normon 16

16 g; 1 boîte de 16 g

45,30

3/ Ventoline spray

2 boites 32 g; 1 boîte de 32 g

29,100

4/ Forster 100/6 g

99,00

5/ Relaxin Bouffier 1 g; 1 boîte de 30 g

1 g; 1 boîte de 30 g

326

6/ Muxal Adulte

1 boîte de 2 x 10 g

150

7/ Doliprane 30 Ethin

Dr. BENITTO (Salah)

Bd Elmidani Bloc 25 N° 693

Hay Hassani - Marrakech

Tel : 05 24 34 79 93

Gsm : 06 61 19 61 23

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair hnou al souam roches
 noires casablanca

INEXTUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14

640150MP21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair hnou al souam roches
 noires casablanca

INEXTUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14

640150MP21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

06 61 19 61 23 : المحمول - 05 24 34 79 93 : مراكش - الهاتف : 05 24 34 79 93

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

GlaxoSmithKline
Maroc
Aix El Aghana
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Doliprane®

PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

COMPOSITION :

Paracétamol 500 mg
Excipients qsp 1 comprimé effervescent

INDICATIONS :

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

على طريق الله
0,3%

بلاو سكر

بلاو سكر
بلاو سكر

PPV (DH) :

32,60

LOT N° :

2 0 1 3

UT. AV.:

0 5

Relaxium

B6

375 mg



1 gélule par jour

100 % magnésium
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 220267
DLUO: 02/2025
99,00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Devo

Laboratoires Deva Pharmaceutique

TERAZOSINE NORMON® 5 mg

Térazosine

LOT : 12822004
PER : 01/2025
PPV : 79,50 DH

Boite de 30 comprimés
Voie orale

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 médicament.
Tableau A (Liste I).

**Respecter les doses
prescrites**

avant la délivrance aux patients.
Conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas
Pour les Pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance aux patients
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'inhalateur.
S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5
entre la date de délivrance et la date d'expiration
inscrite sur l'étui.
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

STE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE