

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 ALCE

- 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-721498

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

248

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Baitou Boujemaa

Date de naissance :

01/01/1936

Adresse :

Hay el Bahja Hay el Hassani 440

Tél. :

0524895337

Total des frais engagés :

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 :

09/08/2022

Nom et prénom du malade :

BAITOU BOUJEM AA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et en 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 :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

INP :

Dr. BENITTO Salah

Bd. Elmidani Bloc 25 N° 693

Hay Hassani - Marrakech

Tél : 05 24 34 79 93

Tél : 06 61 19 61 23

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
Collège sous réserve de vérification continue

Pharmacie AL BAHJA
B. BENGHAZALA SOAD
Tél : 05 24 34 53 00
Cité Al Bahja - Marrakech
Collège sous réserve de vérification continue

072004013

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

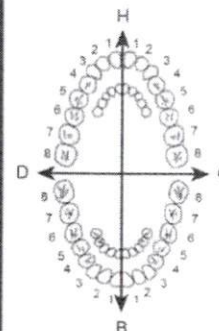
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	35533411	00000000	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 : **09 AOUT 2022** : مراكش، في :

BAITOU BOUTEMAA

82,10 x 2

79,50

45,30

29,100

99,00

326

150

1/ Inexi 20mg 2 boites de 14g

14g; 20mg

2/ Terezosim Norme 10

14g; 20mg

3/ Ventoline spray

2 boites 32g; 14g

4/ Foster 100/6g

5/ Relax 100/6g

14g; 20mg

6/ Mixel Adulte

14g; 20mg

7/ Doliprane 200

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXTUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14
 64015DMP/21ARQ P.P.V: 82,10 DH
 6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXTUM
 20 mg Cpr GR
 Boite 14
 64015DMP/21ARQ P.P.V: 82,10 DH
 6 118001 020591

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

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

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

GlaxoSmithKline
Maroc
Aix El Aoudia
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**



نقدی طرحی قرض
0,3%

نقدی قرض

موسسه
موسسه

PPV (DH) :

32,60

LOT N° :

2 0 1 3

UT. AV.:

0 5

Relaxium

B6

375 mg



1 gélule par jour

COMPLEXE RELAXANT

100 % magnésium
vitamine B₆

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

VOIE ORALE
30 GÉLULES



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