

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 001448

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1198 Société : 126466
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENATAR RACHIDA (Veuve RAHMI AHMED)
Date de naissance : 26 / 03 / 1958
Adresse : LOTNAKHILE N° 1191 TARGA MARRAKCH
Tél. : 06 19869627 Total des frais engagés : 784,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 / 08 / 2022
Nom et prénom du malade : BENATAR Rachida Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

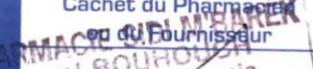
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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	Cashet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes		
01.08.22	S.		200 BH			
01.02.22	ECC		100 DH			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur 	Date	Montant de la Facture
	11/8/2022	884,80 ²¹⁵

BOUHOUSH
cteur en Pharmacie
Targa Sidi M'barek
Tél : 05 24 34 90 9

Montant de la Facture

884,80 ⁰¹⁵

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

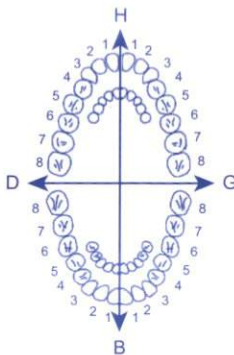
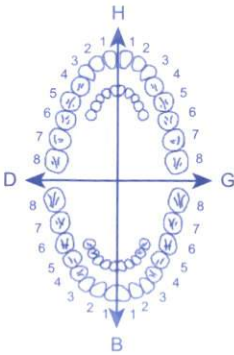
Montant détaillé
des Honoraires

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient - DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> B <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT -
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

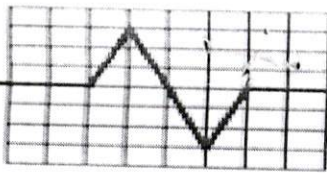
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الإله بنحليمة
DOCTEUR Abdel-ilah BENHALIMA

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
CARDIOLOGUE

Marrakech le : 01/08/2022

MME BENAJAR RACHIDA

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7962160236



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7962160236



PHARMACIE SIDI M'BAREK
Amal BOUHOUCHE
Docteur en Pharmacie
460 Targa Sidi M'tarek
Marrakech - Tél : 05 24 34 90 95

1. Detensiel 10 mg - comprimé pellicule
12 Comprimé, matin

SULIAT 160/5
1 CP LE MATIN

traitement 4 mois + controle



185,20

→ 185,20

→ 185,20

→ 185,20

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072409

5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH
Tél 05.24.43.14.00 Fax 05.24.43.76.31

Docteur Abdel-ilah BENHALIMA

CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

ECG de repos et d'effort

Holter tensionnel et rythmique

ICE : 001659400000015

Marrakech le 01/08/2022

FACTURE

Mme BENAJAR Rachida

Consultation
ECG

200 DH
100 DH

TOTAL=
acquittée en espèces

300 DH

arrêtée la présente facture à la somme de trois cent dirhams

Signé : Dr BENHALIMA



5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH
Tél 05,24.43.14.00 Fax 05,24.43.76.31
Identification Fiscale 69101772 Patente N° 45104983