

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

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

M22- 0023552 *pay courtois*

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 131257
 Nom & Prénom : Baitou boujemaa
 Date de naissance : 26/09/1936
 Adresse : Hay el Bahja Hay Hassani 440 Marrakech
 Tél. : 0524395337 Total des frais engagés : 661,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 SEPT 2022
 Nom et prénom du malade : BAITOU BOUJEMAA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique ALD ALC ABO 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 : Marrakech Le : 26 / 09 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0023552

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

DR. BENITO Salah
 06 99 19 61 20
 Hay Hassani 440 Marrakech
 Tél : 05 24 34 19 93

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
26 SEPT 2022		1	1000	<i>Dr. BENITTO Salah</i> Bd Elmidani Bloc 25 N° 693 Hay Hassani - Marrakech Tel : 05 24 34 79 93 Gsm : 06 61 19 61 23 071022602

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>صيدلية البهجة</i> Pharmacie AL BAHJA BENGHAZALA SOAD Dourakzi Cite Al Bahja Marrakech Colis reçu sous réserve vérification 072004013	16/09/2022	561,60

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 :

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																
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 : **26 SEPT 2022** : مراكش، في

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bnou al ouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boîte 14 P.P.V: 82,10 DH
 640NSMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
 6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bnou al ouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boîte 14 P.P.V: 82,10 DH
 640NSMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
 6 118001 020591

BAITOU BOUJEMAA

82,10 x 3

1/ Inexium 3 boîte

163,90

2/ Serdex 2 boîte

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bnou al ouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Boîte 14 P.P.V: 82,10 DH
 640NSMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
 6 118001 020591

3260

3/ Broxyl Sirap 2 boîte

2000 x 2

4/ Doliprène 2 boîte

7950

5/ Temposim 1 boîte

561,60

6/ Milivall 30

صيدلية البهجة
Pharmacie AL BAHJA
 Dr BENGHAZALA SOAD
 Tél : 05 24 34 53 00
 Douar sikar Cite Al Bahja Marrakech
 Coils reçu sous réserve vérification sermentu

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

071022602

PPV:20DH00
PER:02/25
LOT:L567

9

بوتاني شام
الانجمنه الوطنيه - سول
الانجمنه الوطنيه - سول
82

عن طريق الفم



وخصمها و الابقا الابقا

الاقا

سول الابقا

بكام

ببلا الابقا



باصطاحمول - قيتامين سي - مالمات الابقا الابقا

دوخي
نبت
®

PPV:20DH00
PER:02/25
LOT:L567

9

بوتاني شام
الانجمنه الوطنيه - سول
الانجمنه الوطنيه - سول
82

عن طريق الفم



وخصمها و الابقا الابقا

الكار

سول الابقا

بكام

ببلا الابقا



باصطاحمول - قيتامين سي - مالتين الابقا الابقا

دوخي پرتيپ®

تيرازوسين نورمون 5 ملغ تيرازوسين

علبة من 30 قرص
عن طريق الفم

يظ به بعيدا عن تناول و بصر الأطفال.
جد احتياطات خاصة للتخزين.
وصفة طبية.
بوا قراءة التعليمات بعناية قبل استخدام هذا الدواء.
ول أ (اللائحة ا).

المرجو إحترام الجرعات
الموصوفة



IBERMA



NORMON

فات :

قرص يحتوي على :

وسين (م.ع.).....5 مغ

شكل كلورهيدرات تنائي هيدرات.

وز، نشا الذرة و الورنيش نبلي اللون القرمزي

ورنيش الانشقاقي 4R (E-124) و سواغات أخرى.

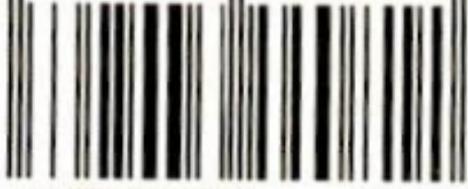
د من المعلومات، انظر التعليمات

TERAZOSINE NORMON® 5 mg
Térazosine

LOT : 12822003
PER : 01/2025
PPV : 79,50 DH

Boite de 30 comprimés
Voie orale

6 1 1 8 0 0 0 3 4 0 2 6 3



Flocon de 250 ml Ambroxol



Broxyl 0,3%

Mathn 2: الحاء Midi: الظهر Soir: المساء Durée:



ADULTE ET ENFANT A PARTIR DE 2 ANS

Sans sucre

Voie Orale

Solution buvable

0,3%

Ambroxol

Broxyl

22,60

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

AMM N° : 201/19DMP/21/NRQ

20 مغ

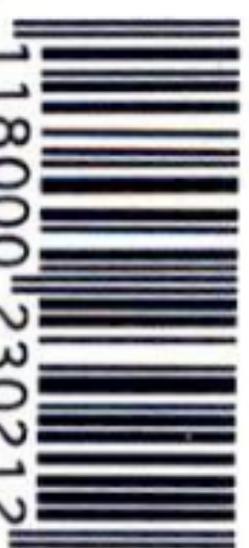
سيريلاك[®]
فلوكستين



علبة من 28 كبسولة
عن طريق الفم

SERDEP[®] 20 mg ○

28 gélules



6 118000 230212

163, 20

LICIT : 05721015
PER : 08/2024
PRV : 163, 200H