

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

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° P19-0020760

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 248 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : BAITOU BOUTEMAA Date de naissance : 01/01/1936
 Adresse : N° 440 Hay EL Rahja Marrakech
 Tél. : 0524360337 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 15/10/2018

Nom et prénom du malade : BAITOU BOUTEMAA Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

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

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0020760

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
15 OCT 2010	2010	C 1	100.000 Dhs	Dr. BENITO SALAH Bd Elridani Bloc 25 N° 693 Hay Hassani - Marrakech Tél: 05 24 34 79 93 Cam: 06 61 19 61 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/01/2019	754,50 IAP 0790 55619

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

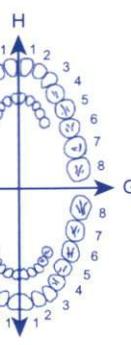
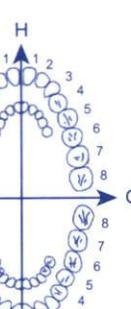
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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 بنينتو

الطب العام

الفحص بالموجات فوق الصوتية

Marrakech, le

15 OCT 2019

مراكش في



BAITOU BOUTEMA



Soflu 250 µg

1 bouffée 2x1 ml 2 fois

79,70

21

A 25 x 500 mg
Néfipril 3



42,00

21

Prnedi 50 mg
3x1 ml 2 fois



92,60 x 2

41

Indexine 200 mg
1x1 ml 2 fois



38,80 x 2

Muxol Adulte 2 flacons
2x50 ml 3x1 ml 2 fois



754,50

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

INexium®
ésoméprazole

INexium®
ésoméprazole

20 مع كسيوم®
ول

20 مع إينكسيوم®
ازوميرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bnoi al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Boîte 14

640/50DMP/21/NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

Cpr GR

Boîte 14

640/50DMP/21/NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubir bnoi al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Boîte 14

640/50DMP/21/NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

Ω

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

مد
المعدة
الفم

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14
قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

AstraZeneca

AstraZeneca

FAB. OCT-18
EXP. SEP-21
LOT ZCET

FAB. OCT-18
EXP. SEP-21
LOT ZCET

ରାଜତ୍ତି ।।
% ୩୦

ନାରୀ

ରାଜତ୍ତି

38,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

ରାଜତ୍ତି ।।

୩୦%

ମାତ୍ରା

ରାଜତ୍ତି

38,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:



يحفظ من الرطوبة ويعاد غلق
القارورة جيداً بعد كل استعمال

A conserver à l'abri de l'humidité
Reboucher soigneusement le
flacon après chaque prise

Tableau A (liste I)



احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب
Uniquement sur ordonnance

لا يترك في متناول ومرأى الأطفال

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

قبل الاستعمال انظر النشرة داخله

Lire attentivement la notice interne avant utilisation

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

A conserver à l'abri de l'humidité

PREDNI 20
Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés
sécables
effervescents

20 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

41, Rue Med Diouri 20110 Casablanca
Amine DAOUDI Pharmacien Responsable

LOT N°:

42,00

UT. AV:

22/23

PPV:

22,00 DH

AZIX®

Azithromycine

500 mg

3 Comprimés
sécables

Cipla Maroc
Etiquette Inviolabilité

Cipla Maroc



120 x
Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

250 µg
voie inhalée

Propionate de fluticasone
/ salmétérol

SAFELU

PPV : 79 DH 00
PER : 03/2021
LOT : H748

LOT: GB81281

PER: 05/2021

PPV: 185 DH 00

بروبيونات فلوريديكازرون/
سالالمترول

25 مك
للاستهلاك

LOT: 6661532
PER: 09-2019
PPV: 185,00DH

ETIC



رشاش مقياس
الجرعات

120 x

مدة زوال مساده