

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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 caractére 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

Nº P19- 063121

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

(23566)

Matricule : 0001198

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAJAR RACHIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

Visa et cachet du praticien attestant le devis

**Visa et cachet du praticien
attestant l'execution**

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-365699	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-365699

DATE DE DEPO

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 0001198	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	BENAJIAR RACHIDA (Veuve RAHMI)	Signature de l'adhérent
Fonction :	Phones	
Mail	rachidabenajiar@gmail.com	

MEDECIN	Prénom du patient						
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>	Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	Date 29.01.2020
Nature de la maladie				Date 1ère visite			
HTA							

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C₃ + ECL</i>		<i>250 DH</i>

PHARMACIE	Date 29.11.2022	Montant de la facture
		1187,00

ANALYSES - RADIographies		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
.....	CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



الدكتور عبد الله بنحليمة
DOCTEUR Abdel-ilah BENHALIMA

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

CARDIOLOGUE

PHARMACIE SIDI M BAREK
Amal BOUHOUCH
Docteur en Pharmacie
460 Targa Sidi M'harek
Tel. 05 24 34 90 96

Marrakech le : 29/01/2020

MME BENAJAR RACHIDA

72,00 x 2

1. Detensiel 10 mg - comprimé pelliculé
1/2 Comprimé, matin
2. Coaprovel 300 mg /12,5 mg - comprimé
1 Comprimé, matin
3. RELAXIUM B6 - Gélule
1 gelule le soir 1 BOITE

239,00
x 4

87,00

*Dr. Amal BOUHOUCH
Docteur en Pharmacie
460 Targa Sidi M'harek
Tel. 05 24 34 90 96*

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

7862160236
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

7862160236
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca

Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28

P.P.V : 239,00 DH

6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca

Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28

P.P.V : 239,00 DH

6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca

Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28

P.P.V : 239,00 DH

6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca

Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28

P.P.V : 239,00 DH

6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca

Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28

P.P.V : 239,00 DH

6 118001 081035

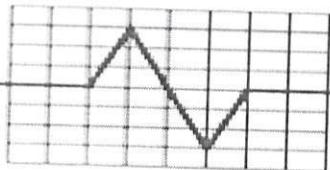
traitement 4 mois + contrôle



Votre prochain rendez-vous le à

5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH

Tél 05.24.43.14.00 Fax 05.24.43.76.31



الدكتور عبد الله بنحليمة
DOCTEUR Abdel-ilah BENHALIMA
 اخصاصي في أمراض القلب والشرايين
CARDIOLOGUE

Facture N°: 1713

Date : 29/01/2020

Patient : Mme Benajar Rachida

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
	Visite du 29/01/2020			
CNS	Consultation	1	250.00	250.00
		Total		250.00

Arrêté le présent document à la somme de :
deux cent cinquante dirham(s)



BENAJAR, RACHIDA
ID:
D-naiss: 26.03.1958
61ans,

29.01.2020 15:32:07

Fréq.Resp: 60 BPM
Int PR: 179 ms
Dur.QRS: 86 ms
QT/QTc: 417 / 418 ms
Axes P-R-T: 54 15 12
Moy RR: 987 ms
QTcB: 419 ms
QTcF: 418 ms

RYTHME SINUSAL
ECG NORMAL
Non confirmé

