

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-711424

159634

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1376

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Autre :

RAHMANI, FATHIA ép ZAHIR

01/01/1950

16 Rue Ahmed Elyazidi lot Emeraude

champs de course FES

0660946970 Total des frais engagés : 333,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAAD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Meriem-FES
Tel: 05 35 65 33 92 GSM: 06.61.14.85.33
03 AVR. 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : FES

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03 APR 2023

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
03 AVR 2023	C.	G		INP : <i>M.M. d'El Huda</i> Dr. SAÂD BENNOUNA CARDIOLOGIE 15, AV. Lalla Meriem-FES tel. 05.35.65.33.92 GSM: 06.61.14.85.35

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MOULAY DRISS</i> Dr SEBTI IKRAR Champs de Coquelles 10500	03/04/23	4333.30

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

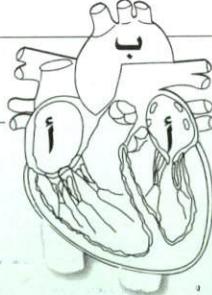
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt				



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدولير
ملحق سابقًا بمستشفيات روان. ملحق سابقًا بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovasculaires.

Mme ZAHIR FATIHA

03/04/2023

régime peu salé

3xM, 10* BIPRETERAX 5/1.25

1 cp le matin (3 mois)



(3xM, 10)

* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

333,30

DR. SAAD BENNOOUNA
PHARMACIE MOUAYAD DR15
10, Kenza 05 35 65 10 50
Lyon, Champs Elysées - Courte - FES



333,30

ببيريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبيسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur
ordonnance

قائمة A (إذاعة A) : لا يصرف إلا بمرجع
وصفة طيبة

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال ويعداً
عن نظرهم.

اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.
تحتوي حبة واحدة ملبيسة على 3.395 ملغ
من براندوبريل (يشكل براندوبريل أرجينين:
5 ملغ) و 1.25 ملغ من الأنداباميد.
تحتوي على سكر الحليب أحادي الماء:
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبيسة

5



111,00

ببيريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبيسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur
ordonnance

قائمة A (إذاعة A) : لا يصرف إلا بمرجع
وصفة طيبة

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال ويعداً
عن نظرهم.

اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.
تحتوي حبة واحدة ملبيسة على 3.395 ملغ
من براندوبريل (يشكل براندوبريل أرجينين:
5 ملغ) و 1.25 ملغ من الأنداباميد.
تحتوي على سكر الحليب أحادي الماء:
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبيسة

5



111,00

ببيريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبيسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur
ordonnance

قائمة A (إذاعة A) : لا يصرف إلا بمرجع
وصفة طيبة

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال ويعداً
عن نظرهم.

اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.
تحتوي حبة واحدة ملبيسة على 3.395 ملغ
من براندوبريل (يشكل براندوبريل أرجينين:
5 ملغ) و 1.25 ملغ من الأنداباميد.
تحتوي على سكر الحليب أحادي الماء:
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبيسة

5



111,00