

## 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.

182770

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RATHMANI FATHIA ép ZAHIR

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed Elyazidi lot Emeraudes

champs de course FES

Tél. : 0660 94 69 70 Total des frais engagés : 333,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. SAÂD BENNOUNA  
CARDIOLOGUE  
15, Av. Lalla Meriem-FES  
tél.05.35.65.33.92-GSM:06.61.14.85.35

Date de consultation : 12 SEP. 2023

Nom et prénom du malade : Zahia Fathia

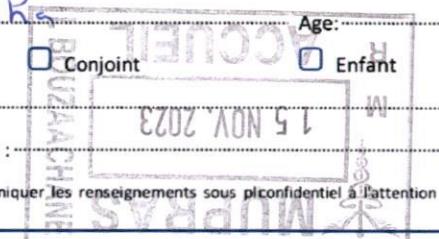
Lui-même

Nature de la maladie :

HTA

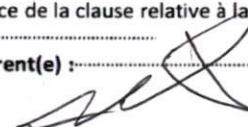
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : 

#### **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
1 SEP. 2003	CZ		G 2	INP INPE141027490
12 SEP.				Dr. SAAD BENNOUNA CARDIOLOGUE 15. AV. Lalla Meriem-FES 600 06 51 14 85.35

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ACIE MOUAWAD SEBTI TARIK Le Cours des Dot. 05 35 65 10 00	12/01/23	73332

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

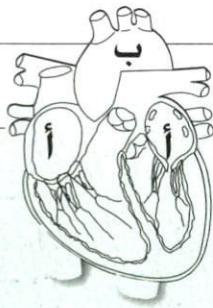
## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 orthodontiques, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>



# الدكتور سعد بنونة

**Docteur Saâd BENNOUNA**

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 والدوبلر  
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملتحق حالياً بالمستشفى العسكري العسكري محمد الخامس  
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)  
Explorations Cardiovasculaires.

12/09/2023

Mme ZAHIR FATIHA



régime peu salé

\* BIPRETERAX 5/1.25

1 cp le matin ( 3 mois)

\* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL.

3X11,10  
333,30

PHARMACIE MOULAY IDRISSE  
Dr SEBTI IKRAM  
Champs de Course Lot. Kenza  
FES - Tél. 05.35.65.10.50

Dr. SAÂD BENNOUNA  
15, Av. Lalla Meriem FES  
tel:05.35.65.33.92 GSM:06.61.14.85.35

# بipreterax®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملمسة  
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur  
ordonnance

قائمة A (إتنـة A) : لا يصرف إلا بموجب  
وصفة طبية

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 ويعطى  
عن نظرهم.

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

**30 comprimés pelliculés**  
**30 حبة ملمسة**

**5**



111100

# بipreterax®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملمسة  
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur  
ordonnance

قائمة A (إتنـة A) : لا يصرف إلا بموجب  
وصفة طبية

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 ويعطى  
عن نظرهم.

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

**30 comprimés pelliculés**  
**30 حبة ملمسة**

**5**



111100

# بipreterax®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملمسة  
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur  
ordonnance

قائمة A (إتنـة A) : لا يصرف إلا بموجب  
وصفة طبية

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 ويعطى  
عن نظرهم.

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

**30 comprimés pelliculés**  
**30 حبة ملمسة**

**5**



111100