

# 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.

N° W19-455904

41862

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>1376</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAHMAMI FATHIA ép ZAHIR</b>			
Date de naissance : <b>16 Rue Ahmed Elyazidi champs de Course</b>			
Adresse : <b>0101/1950</b>	<b>FES</b>		
Tél. : <b>066 094 6970</b>	Total des frais engagés : <b>376,80</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr SAAD BENNOUSSI - APOLLO CLINIC - Casablanca - 14.8.33			
Date de consultation : <b>11 AOUT 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Hmed Zahir fathia</b> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>HSA et insuffisance veineuse</b>			
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.			

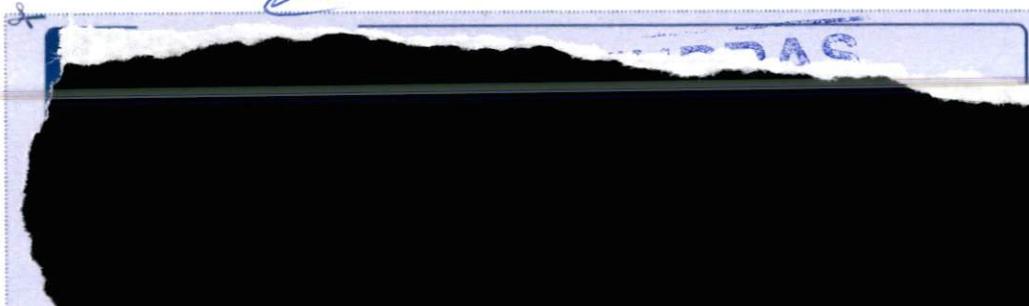
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **10/08/2020**

**ACCUEIL**



## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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](http://www.mupras.com)

#### **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
11 AOUT 2020	C2		70	INP : 1102749 Dr. SAAD BEN YOUSSEF CARIOLOGUE AY Laia N° 100m-ES 23 92 GSM: 06.61.14.85.35

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cacher du Pharmacien du Peintisseur	Date	Montant de la Facture
L. KENZA CHAMPS DE COEUR 05 55 10 65 15	11/08/2020	1376,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

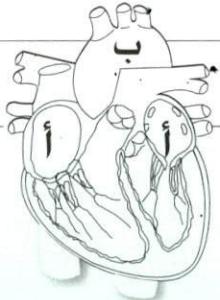
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, 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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  \quad \mathbf{G}  $ <p><b>B</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			<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*

**خصاصي 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 والدولبلر  
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس  
**Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)**  
**Explorations Cardiovasculaires.**

11/08/2020

Mme ZAHIR FATIHA

régime peu salé

BIPRETERAX 5/1,25

1 cp le matin ( 3 mois)

\* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

\* A REVOIR DANS 3 MOIS

376,8

PHARMACE MOLLY IDRIS  
DR SEBTI IKRAM  
ot. Kenza Champs de Course - FEES  
05 35 45 10 50

101, 05, 35, 65, 33, 92-65M-161, 148535  
SUD BENOGLIE CAL MARE-M-FS  
1 AV. LAISI MARE

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

**30** comprimés pelliculés

جباة ملبيا 30

**5**



SERVIER MAROC  
Site de production  
Zone industrielle  
Aéropole Nouassir

125,60

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

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

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

30 comprimés pelliculés



6 118 000 100324

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

**30** comprimés pelliculés

جباة ملبيا 30

**5**



SERVIER MAROC  
Site de production  
Zone industrielle  
Aéropole Nouassir

125,60

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

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

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

30 comprimés pelliculés



6 118 000 100324

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

**30** comprimés pelliculés

جباة ملبيا 30

**5**



SERVIER MAROC  
Site de production  
Zone industrielle  
Aéropole Nouassir

125,60

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

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

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

# Bipreterax®

**Arginine 5 mg/1,25 mg**

30 comprimés pelliculés



6 118 000 100324