

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

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

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-455906

50685

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R. A. H.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI Fatima ep ZAHIR

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 16 rue Ahmed Elmagdidi champs de Course FES

Tél : 0660946970 Total des frais engagés : 897,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2020

Nom et prénom du malade : Zahir Fatima Age : 69

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : M.T. Insuffisance Veineuse

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 :

11 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 NOV 2020	2 Actes		309,00	INP : 141027659

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/11/2020 4577,82

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

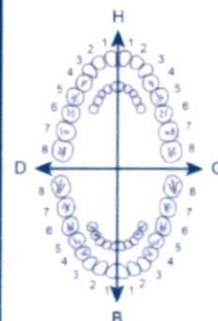
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

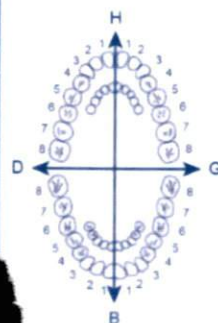
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

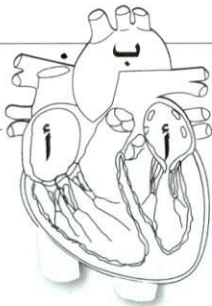
DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

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

11/11/2020

Mme ZAHIR FATIHA

régime peu salé

BIPRETERAX 5/1.25

1 cp le matin (3 mois)

DAFLON 1000

1 cp le matin a diluer dans 1/2 verre d'eau

NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

* A REVOIR DANS 3 MOIS



3768

201,00



PHARMACIE MOULAY IDRIS
Dr SEBTI IKRAM
Lot. Kenza Champs de Course - FES
05:35 65 10 50



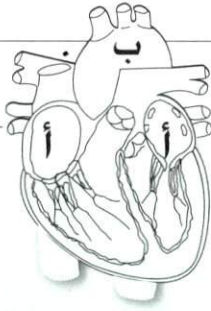
577,80

577,80

إقامة مسجد الإمام مالك، 15 شارع للامريم، الطابق الأول - فاس Rés. de la Mosquée Imam Malik 1^{er} étage - 15, Av. Lalla Mariam - FES

العيادة : 05.35.65.33.92 - Tél. : Cabinet :

05.35.65.35.66 - Fax :



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

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

11/11/2020

Mme ZAHIR FATIHA

NOTE D'HONORAIRES

C2 + ECG : 300.00 DH

Acquitée la présente facture à la somme de :
TROIS CENT DIRHAMS

Dr. SAAD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Mariam - FES
Tél.: 05.35.65.33.92 - GSM: 06.61.14.85.35



احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قلامة (لائحة 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

بيبريتيراكس®

أرجنين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة

برانندوبريل أرجنين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5



125,60



احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قلامة (لائحة 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

بيبريتيراكس®

أرجنين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة

برانندوبريل أرجنين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5



125,60



احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قلامة (لائحة 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

بيبريتيراكس®

أرجنين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة

برانندوبريل أرجنين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés

périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5



125,60

6 1118000 100409



15 comprimés pelliculés

 **dafilon® 1000** mg

دافلون® 1000 ملغ

جزيئات الفلافونويد الدقيقة المنقاة

15 قرصا ملبسا