

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.

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



DECLARATION 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 ép ZAHIR

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed Elyazidi champs de Course

FES

Tél. :

0660946970

Total des frais engagés : 897,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Zahi BENMOUNA 15/12/2019 Age:

Nom et prénom du malade :

DR. RAHMANI 15/12/2019

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DR. RAHMANI 15/12/2019 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) :



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 NOV 2020	Chirurgie		309,00	INP : 1610241540

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MOULIN</i>	<i>11/11/2023</i>	<i>\$577.82</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

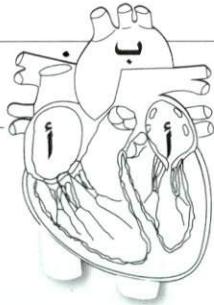
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.



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 سابقًا بمستشفيات روان. ملحق سابقًا بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس
Diplômé d'Échocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovaskulaires.

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 à diluer dans 1/2 verre d'eau

NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

* A REVOIR DANS 3 MOIS

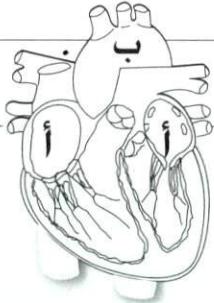


376,80
201,00

577,80



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



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 سابقًا بمستشفيات روان. ملحق سابقًا 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

Acquittée 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 - Fax: 05.35.66.61.14.83.35

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur
ordonnance

قائمة A (الاتحة A) : لا يصرف إلا بمحض
وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

ببيريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملمسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

يؤخذ عن طريق الفم.
 يحفظ بعيداً عن متناول الاطفال و بعيداً
 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 أحدى الماء:
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملمسة

5

* SERVIER

125,60

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur
ordonnance

قائمة A (الاتحة A) : لا يصرف إلا بمحض
وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

ببيريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملمسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

يؤخذ عن طريق الفم.
 يحفظ بعيداً عن متناول الاطفال و بعيداً
 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 أحدى الماء:
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملمسة

5

* SERVIER

125,60

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur
ordonnance

قائمة A (الاتحة A) : لا يصرف إلا بمحض
وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

ببيريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملمسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

يؤخذ عن طريق الفم.
 يحفظ بعيداً عن متناول الاطفال و بعيداً
 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 أحدى الماء:
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملمسة

5

* SERVIER

125,60

6118000 100409



15 comprimés pelliculés

daflion® 1000 mg



دافلوبن® 1000 ملغ

جزيئات الفلافونوييد الدقيقة المنقاة

15 قرصاً ملبيساً