

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1376 Société : R.A.M (23U26)
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
Nom & Prénom : RAHMANI FATIHA ép ZAHIR
Date de naissance : 01/01/1950
Adresse : 16 Rue Ahmad El Yazidi champs de Course FES
Tél. : 06.60.94.69.70 Total des frais engagés : 376,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

15, AV LAÏLA MEFTEH
DR. SAD BENOUNA
CARDIOLOGUE

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : Zohra Fakir Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HHT et maladie phlébite 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 : 13 FEB 2020 Le : 13 FEB 2020

Signature de l'adhérent(e) : Zohra Fakir

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
13 FEV 2020	2		G	<i>ARD BENNOU</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MULAY IDRIS Dr SEPTI UKRA Kenza Champs 05 51	13/2/2023	43768

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

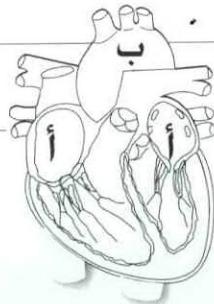
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

الاختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen
Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب ببروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدولبل
ملحقة سابقاً مستشفى بروان. ملحقة سابقاً بالمستشفى. الدراسات العسكرية. محمد الخامس.

**Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovasculaires.**

13/02/2020

Mme ZAHIR FATIHA

régime peu salé

- * BIPRETERAX 5/1.25
1 cp le matin et 1/2 cp le midi 10 jrs

* KETUM GEL
1 appl matin et soir (1 tube)

* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

$$3 \times 125, 60$$

3768

1 appi matin et soir (1 tu
NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT

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

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبا ملبيسة 30

5



Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Un comprimé pelliculé contient 3,395 mg de
périndopril (correspondant à 5 mg de
périndopril arginine) et 1,25 mg
d'indapamide.

Contient du Lactose monohydraté : voir la
notice pour plus d'informations.



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 (إذن) : لا يصرف إلا بموجب
رخصة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبا ملبيسة 30

5



Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Un comprimé pelliculé contient 3,395 mg de
périndopril (correspondant à 5 mg de
périndopril arginine) et 1,25 mg
d'indapamide.

Contient du Lactose monohydraté : voir la
notice pour plus d'informations.



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 (إذن) : لا يصرف إلا بموجب
رخصة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جبا ملبيسة 30

5



Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Un comprimé pelliculé contient 3,395 mg de
périndopril (correspondant à 5 mg de
périndopril arginine) et 1,25 mg
d'indapamide.

Contient du Lactose monohydraté : voir la
notice pour plus d'informations.



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 (إذن) : لا يصرف إلا بموجب
رخصة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324