

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-455910

64174

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAHMANI FATIHA ep ZAHIR
Date de naissance : 01 JAN 1950
Adresse : 16 Rue Ahmed Elhazidi Lot Emeraude
Champs de course FES
Tél. : 0660 34 69 70 Total des frais engagés : 376,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Zahir Fatima Age : 10
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
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 : 22/03/2021
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
15/02/21	G			INP : 141027490

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/2/2021

37628

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	

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 canalaires, 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

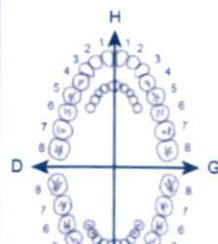
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

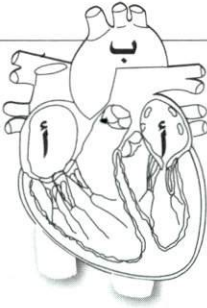
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS





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.

15/02/2021

Mme ZAHIR FATIHA

régime peu salé

BIPRETERAX 5/1.25

1 cp le matin (3 mois)

* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL



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

DR. SAAD BENNOUNA
15 Av. Lalla Mariam - FES
Tél. 05.35.65.33.92 - 05.35.65.35.66

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

☎ Fax : 05.35.65.35.66

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés
30 حبة ملبسة

5



125, 60

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 Nouasser



احترعوا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (الائحة 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

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés
30 حبة ملبسة

5



125, 60

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 Nouasser



احترعوا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (الائحة 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

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés
30 حبة ملبسة

5



125, 60

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 Nouasser



احترعوا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة أ (الائحة أ) : 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