

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037922

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI FATIHA ep ZAHIR

Date de naissance :

Adresse : 16 Rue AHMED YAZIDI CHAMPS DE COURSES

Fco

Tél. : 0660 946970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis									
		Fin de								

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-374504	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-374504

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 1376	
Nom & Prénom	RAHMANI FATIHA ZAHIR	
Fonction : R. traitée	Phones 0660946970	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient Zahir Fatima
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date 26 AOUT 2019
HTA et insuffisance Veineuse	

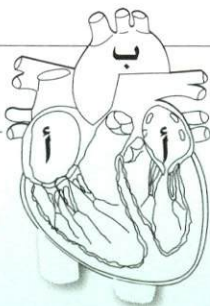
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		G

PHARMACIE	Date 26/08/2019
Montant de la facture	499,50 sur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date :														
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires											
AM	PC	IM	IV												





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.

26/08/2019

Mme ZAHIR FATIHA

régime peu salé

- * BIPRETERAX 5/1.25
1 cp le matin (3 mois)
- * DAFLOX 500 MG
1cp matin et soir après repas (1 bte)
- * NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL
- * AREVOIR DANS 3 MOIS



PHARMACIE MOULAY IDRIS
Dr SEBTI IKRAM
Pot. KENZA Champs de Course - FES
☎ 05 35 65 10 50

Dr. SAÂD BENNOUNA
CARDIOLOGUE
15, Av. Lalla Meryem
Tél: 05.35.65.33.92 - 05.35.65.14.85.35

0412270

0 2 1 2 1 0

دافلون® 500 ملغ

30 قرصا ملبسا



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, Lot FAIH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

daflon® 500 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 10004 1

مطابقة المواصفات الدولية
جزيئات الفلافونويدات المصنفة

دافلون® 500 ملغ

daflon® 500 mg

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

30 comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (الاحقة 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®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
péridopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés
30 حبة ملبسة

5



بيبريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (الاحقة 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®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (الاحقة 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®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة
براندوبريل أرجينين / أنداباميد

30 comprimés pelliculés
30 حبة ملبسة

5



125,60