

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.

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.

que :

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

Education :

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.

aire :

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.

lie 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

Reclamation	: contact@mupras.com
Se 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 personnelles.

S : 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° P19-0046337

MUPRAS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

N° = 28663

3711

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMMOU AS de Louahed

Date de naissance :

21.04.1951

Adresse :

5, Rue de l'Horloge 800 Casablanca

Tél. : 0661 23 84 70

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

HAMMOU AS de Louahed

Age : 62

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 : Casablanca

Le : 11/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-046337

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3711

Nom de l'adhérent(e) : HAMMOU

Total des frais engagés : 135,20

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHLOU Rue de l'Hérault Av. Nadir - Béziers Téléphone : Tel: 0522.28.05.16	11/06/23	135,20 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'

PHARMACIE NADOR
LAHLOU ABDELALI
3 RUE DE L'HERAULT POLO CASA
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 33500003

N° R.C.: 366307

N° ID.F.: 20719901

Tel : 022280576

Fax

N° CNSS: 2068329

N° ICE 001837763000070

MR HAMMOU ABDELOUAHED

I.C.E. :

Le : 11/06/2020

FACTURE N°: 5323/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CARDIOASPIRINE 100 MG / 30 CP	27,70		27,70
1	TRITAZIDE 5 MG/25MG/28 CP	107,50		107,50
Total :				135,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
CENT TREnte CINQ DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE NADOR
LAHLOU ABDELALI
3, Rue de l'Herault POLO
Casablanca : Tel: 0522.28.05.76

valable 3 mois

Le 14/05/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr BELAMINE Fatma

Certifie que Mlle, Mme, M. : HANNOU Abdellah ahab

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois - Adhésion de longue durée

Dont ci-joint ordonnance : Trilazide 5/25 1cp/j

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 1cp/j

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. BELAMINE Fatma
Médecin Généraliste
55, Boulevard Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Tel. 0522 38 56 23

Tritazide® 5mg/25mg

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Comprimé Sécable

sanofi aventis

Cette notice étant régulièrement remise à jour, il convient de la lire attentivement avant d'utiliser une nouvelle boîte. Pour toute question, ne pas hésiter à contacter votre médecin ou pharmacien.

Composition

Principes actifs : ramipril + Hydrochlorothiazide.

Principes actifs : ramipril + Hydrochlorothiazide.
Chaque comprimé sécable contient : 5 mg de ramipril, 25 mg d'hydrochlorothiazide.

Excipients : Cellulose microcristalline, hypromellose, amidon de maïs prégelatinisé, stéaryl fumarate sodique.

Propriétés

Propriétés
Classe pharmaco-thérapeutique : médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (C : système cardiovasculaire). Tritazide est une combinaison de ramipril, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) puissant et à longue durée d'action, et d'hydrochlorothiazide, un principe actif du groupe des diurétiques thiazidiques favorisant l'excrétion urinaire. La prise de Tritazide provoque une réduction de la tension artérielle plus importante que celle provoquée par la prise isolée de l'un des principes actifs. L'effet d'une dose unique est maximal après 6 heures après la prise.

Le ramipril subit un métabolisme de premier passage hépatique, conduisant à la formation de ramiprilate.

107,50

Tritazide® 5mg/25mg
28 Comprimés
sécables



6 118001 081448

compte.
Après 2
thiazid,
est éli

l'hydrochlorothiazide.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.



CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

Dans cette notice :

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-ELLE UTILISÉE ?

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe la synthèse des substances responsables de la douleur et de l'inflammation. Grâce à un entrobâge résistant à l'acidité gastrique, le

