

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0046338

Optique **3322X**  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3711** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **HAMMOU ABDELQUAHED**

Date de naissance : **21.04.1951**

Adresse : **5, Rue de l'Hennuit Polo Casablanca**

Tél. : **0661.2384.70** 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 **20.11.2020**  Enfant

Nature de la maladie : .....  
*(A stamp from MUPRAS is overlaid on this field, reading 'MUPRAS', 'ACCUEIL', and '20.11.2020').*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
*(A stamp from MUPRAS is overlaid on this field, reading 'ACCUEIL' and '20.11.2020').*

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 : **14/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Hammou**

## **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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>TAHOU Abdelali</b> 3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pacha Montpellier, Tél: 0522 28 05 76	14/07/20	135,20 dh

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

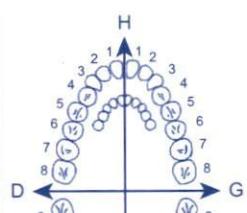
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412
D	00000000
	00000000
	35533411
	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

DATE DU  
DEVIS

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. : HAMMOU Abdellah ahab

Présente

Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois - Adénalide de l'insuline devra

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

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

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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 - Tél. 0522 38 56 23

**PHARMACIE NADOR**  
**LAHLOU ABDELALI**  
**3 RUE DE L'HERAULT POLO CASA**  
**CASABLANCA**  
Taxe Profes. N°: 33500003  
N° R.C. : 366307 N° CNSS : 2068329  
N° ID.F. : 20719901 N° ICE 001837763000070  
Tel : 022280576  
Fax

**MR HAMMOU ABDELOUAHED**

I.C.E. :

*Le : 14/07/2020*

**FACTURE N°: 5342/20**

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
<b>Total :</b>				<b>135,20</b>

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

*PHARMACIE NADOR  
LAHLOU Abdellali  
3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole  
Casablanca, Tél: 0522 28 05 76*



# CARDIOASPIRINE

100 mg comprimés gastro-résistants

- 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 pharmacien.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une autre personne. Si elle présente des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
  - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez quelque chose de suspect, parlez-en immédiatement à votre pharmacien ou à votre médecin.

MFD

BT12CX2 08 2019  
08 2024

100 mg

السيالك

Cardioaspirine 100 mg/30cpr  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

# 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.

Chaque comprimé sécable contient : 5 mg de ramipril, 25 mg d'hydrochlorothiazide.

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

## 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 —

107,50

d'équilibre est atteint de 13 à 17 heures. L'excrétion urinaire compte pour 60% de l'effet. Après administration orale, le principe actif hydrochlorothiazide est absolument absorbé et est éliminé par voie urinaire.

**Tritazide® 5mg/25mg  
28 Comprimés sécables**

