

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Optique :

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

Educations :

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.

Maladie chronique :

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- 0046338

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

33225

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMMOU ABDELWAHEB
Date de naissance : 21.04.1951
Adresse : 5, Rue de l'Herault POLO CASABLANCA
Tél. : 0661238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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 : 14 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADOR TAHLI OU Abdelali 3, Rue l'Hérault Av. Nodir-Pol Blanca. Tél: 0522 28 05 76	14/2/20	135,20dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

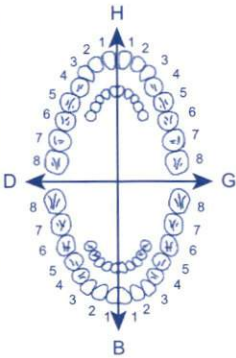
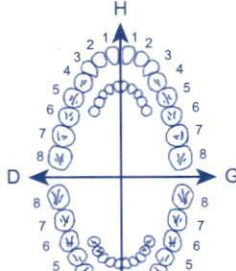
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

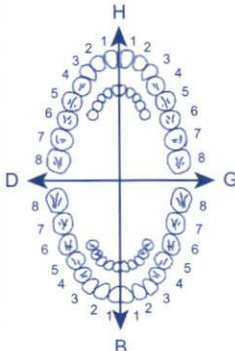
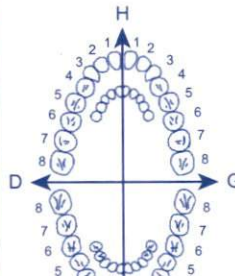
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	00000000	00000000														
35533411	11433553															
B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
							MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
								DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
									FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

Le 14/05/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : Dr BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HATIMOU Abdelouahed

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois - Maladie de longue durée

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

(à défaut noter le traitement prescrit) Cardioaspirine 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 Fat.
Médecin Généraliste
55, Boulevard Joulane Salmia II
Sidi Ouhmane - 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

Total : 135,20

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

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

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de pre

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à vot
cien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez ja
en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remar
mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharm



CARDIOASPIRINE

100 mg comprimés acétylsalicyliques

MFD

BT12CX2 08 2019
08 2024

®

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

برين 100

اليسيليك

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 pharmacothérapeutique : 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 des

107,50

Tritazide® 5mg/25mg

28 Comprimés
sécables



6 11 8 001 081448

d'équilibre est at
de 13 à 17 heu
l'excrétion urina
compte pour 60%
Après administra
thiazide est absol
est éliminé par ve