

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

liologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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



50 257 MLD

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016067

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Hamdou Abdelouahed Date de naissance : 21.04.1951
 Adresse : S. Rue de l'HERAULT POLO CASABLANCA
 Tél. : 0661 23 8970 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 : Casablanca Le : 03/12/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

HARMACIE NADOR
ILARLOU Abdelali
 3, Rue l'Hérault Av. Nadir, Pole
 Gasablanon, Tél: 0522 28 05 76

01/12/20

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

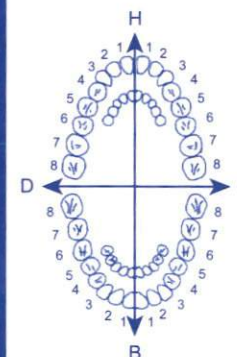
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



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

(Création, remont, adjonction)

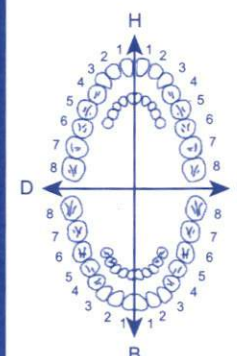
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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. : HATTOU Abdelouahab

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois - Maladie de longue durée

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

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

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: 01/12/2020

FACTURE N°: 5441/20

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

Tritazide®

Ramipril / Hydrochlorothiazide

5mg/25mg

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 maximale 6 heures après la prise.

Tritazide® 5mg/25mg

28 Comprimés
sécables



6 118001 081448

de l'excrétion
compte p
Après ad
thiazide e
est élimin

CHC 107
a créatinin
hydrochlor
lorothiazid
gée.

- Veillez 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 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 mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



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 ?