

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2045

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0678268283

Total des frais engagés : * 2475,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2020

Nom et prénom du malade : Dr LARAKI Fatiha Age : 45 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : C - is chenf

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 : 13/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LAHJAMA Nadia ZEMMAMA du Pharmacie Taghazout Tél: 05 22 20 28 61	13.11.2020	2175,00

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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

valable 3 mois

Le 13.11.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Allam Ben Youssef*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de : *HTA + C. ischémique*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

[Handwritten signature]

Docteur Ahmed SETTI

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد السطّي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

مربع كلية الطبيب بليل

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا



Cabinet de Consultations
et d'Explorations Cardio-Vasculaires

Dr AHMED SETTI
13 MAI 2020

Dr HASSAN JASSIM

$200,00 \times 3$

Ricardol 80 plus 1 | Mohri
 $\frac{255,00}{255,00} \times 3$ | 20 1 | Soin
R. 80 mg |)

2

2

Soin

3 soins

$270,00 \times 3$
Copilarix 75 1 | Soin
|

2

2175,00

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare - résidence Taghazout
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

Dr AHMED SETTI
13 MAI 2020



Rosuvastatine

ROSUVAS® SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00



Rosuvastatine

ROSUVAS® SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00



Rosuvastatine

ROSUVAS® SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg

ميكارديس بلوس® 80 ملغ / 12,5 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالمقادير الموصوفة



6 118001 040254

MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg

(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)

28 comprimés

72279-03

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg

ميكارديس بلوس® 80 ملغ / 12,5 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالمقادير الموصوفة



6 118001 040254

MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg

(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)

28 comprimés

72279-03

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

MicardisPlus® 80 mg/12,5 mg

ميكارديس بلوس® 80 ملغ / 12,5 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب التقيد بالمقادير الموصوفة



6 118001 040254

MICARDIS PLUS 80mg / 12,5mg

(Telmisartan / Hydrochlorothiazide)

28 comprimés

72279-03

BOTTU S.A.

PPV : 200 DH 00

CoPlavix® 75 mg/100 mg

comprimé pelliculé
film-coated tablet

clopidogrel/acide acétylsalicylique
clopidogrel/acetysalicylic acid

Voie orale
Oral use

30 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Sariofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg

b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



5 118001 082018

SANOFI

CoPlavix® 75 mg/100 mg

comprimé pelliculé
film-coated tablet

clopidogrel/acide acétylsalicylique
clopidogrel/acetysalicylic acid

Voie orale
Oral use

30 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Sariofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg

b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



5 118001 082018

SANOFI

CoPlavix® 75 mg/100 mg

comprimé pelliculé
film-coated tablet

clopidogrel/acide acétylsalicylique
clopidogrel/acetysalicylic acid

Voie orale
Oral use

30 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Sariofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg

b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



5 118001 082018

SANOFI