

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ANIMER 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

La 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.

M22- 0013959

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209.1

Société :

156563

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR

DINA

Date de naissance : 2.3.57

Adresse : 64, Rue Imam Al-Haramain 1^{er} étage
Maârif - CASABLANCA

Tél. : 0669.37303.1 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DINA BENAMAR. Age: 23.57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 28/02/23

Signature de l'adhérent(e) :



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
Pharmacie Universitaire Hicham JADDOU 115 Rue 22 Septembre 60062 260	28/02/23	303,40

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	

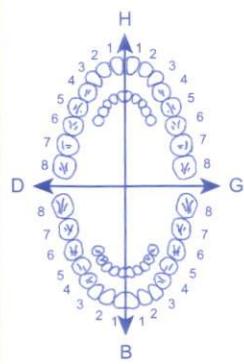
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

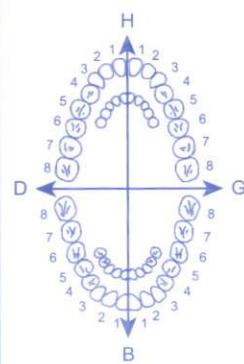


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date

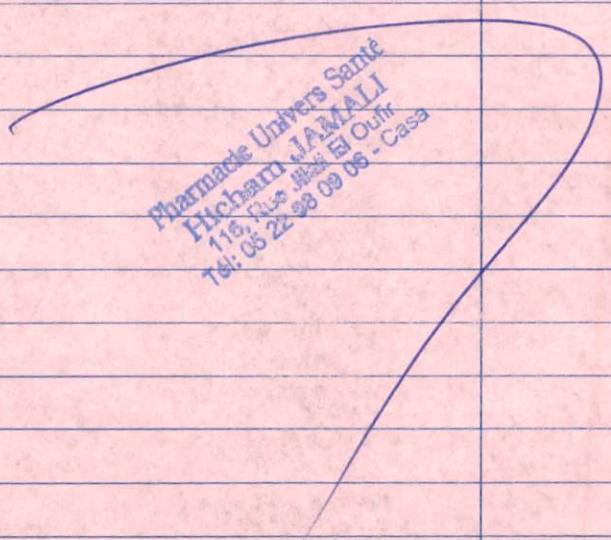
28/02/23

M. ben AYAR Dime

DOIT

MODE DE PAIEMENT : ESPECES CHEQUE TRAITE

DATE DE REGLEMENT : _____

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	AV lo cendly		41.80
2	AP lec	X	89.40
1	Caduca 450		27.70
1	carpnit		55.10
			303,40
			
Pharmacie Univers Santé Hicham JAMALI 11a Rue Mokhtar El Oufi Tel: 05 22 98 09 06 - Casa			



Lot n° :

EXP :

PPV : 55DH50

Veuillez
Gardez
Si vous
Ce médic
Si l'un de
pharmac

1. COMPO

CORPRIL® 1,
Ramipril

- Les autres co.
- Amidon: préglatinis, collodiale anhydre, Ste, CORPRIL® 2.5 mg

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

- Les autres compos
- Amidon: préglatinis, collodiale anhydre, Ste

2. CLASSE PHARMA

Inhibiteurs de l'enzyme

3. INDICATIONS THE

- Traitement de l'hyper
- Prévention cardiovasculaires chez les patients présent

UT.AV :

04 2 25

P.P.V.

8,9 20

LOT N° :

GE 2 5

89,20

09366067/7

magnésium, Silice
oxyde de titane, gélatine.

hydroxyde de magnésium, Silice
luge, oxyde de fer jaune, dioxyde

magnésium, Silice
oxyde de titane, gélatine.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

magnésium, Silice
gélatine.

(05)
diovasculaires

UT.AV : 02 2 26

P.P.V.

8,9 20

LOT N° : FY 8691

89,20

09366067/7

Autres effets indésirables connus :

• Sensation d'âtre, fièvre, nausées ou vomissements

• R

• P

• E

• Ti

• R

• Ti

• Se

• Ex

ou de

Effets :

• Sensibilité

Autres effets indésirables rapportés :

Veuillez informer votre médecin si l'un ou l'autre des symptômes suivants s'aggravait ou durait plus de quelques jours.

- Difficulté de concentration.
- Gonflement de la bouche.
- Examens sanguins montrant un nombre trop faible de cellules sanguines dans votre sang.
- Examens sanguins montrant un taux inhabituellement bas de sodium dans votre sang.
- Changement de couleur des doigts et des orteils lorsque vous avez froid, avec picotements ou sensations douloureuses lorsque vous vous réchauffez (syndrome de Raynaud).
- Augmentation de la taille des seins chez l'homme.
- Réactions ralenties ou perturbées.
- Sensation de brûlure.
- Modification des odeurs.
- Chute de cheveux.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI