

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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

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° P19-0026688

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1655

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUZIANE AHMED

Date de naissance :

6-1-1951

Adresse :

461 Lotissement Laymoune, Fressanfa
CASABLANCA

Tél. :

0672 213729

Total des frais engagés :

450 + 97,20 = (547,20) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/11/2019

Nom et prénom du malade :

M. BOUZIANE AHMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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

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
05/11/19	Consultation	1	97.70	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/19	97.70

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	
	13/11/19					450.00 dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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 <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 05/11/2019

Mr BOUZIANE Ahmed

1 - SINTROM 4 mg:
3/4 CP LE SOIR UN J ET 1/2CP X 2 J SANS ARRET

2 - BAS DE CONTENTION NUMERO 2 A PORTER LE JOUR
A POTER

97.70 3 - TRIATEC 2.5 mg :
1 CP PAR JOUR MATIN SANS ARRET



97.70
450,00dh
ORLIMEDIS SARL
44, Rue des M...ix, Quartier des
Tél: 0522 2...
Fax: 0522 2...

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PHARMACIE LAIMOUN SARL AU
456, Lot. Allaymoune Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94
RC: 381781 - TP: 36293297 - IF: 24821866
ICE: 001850225000089

Facture N° : FN1903638

MR BOUZIANE AHMED

Date	CLIENT	PAGE
13/11/19	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
		NOS SOINS	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U HT	R%	MT HT
M2070-AGH	1	BAS CUISSE OUVERT Ccl II COTTON RELAXSAN	20%	375,000		375,00

ORLIMEDIS SARL
44, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux-Casablanca
Tél : 0522 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 - Fax : 0522 27 37 09 E-mail : contact@orlimesis.com
RC : 282565 - C.N.S.S. : 9616212 - Taxe Professionnelle : 36394672 - I.F. : 14435128 - ICE: 000007535000061-
RIB 007 780 0010302000000160 65 /AWB - RIB 225780067700340651012391 /CA
Showroom : 38, Angle rue de gros du breuil et rue des hôpitaux, Casablanca - Tel : 05 22 27 65 75
Magasin 20 Aout: Rue Lahcen Al Arjoun N°23, Casablanca - Tel : 05 22 86 58 21
www.orlimesis.com

MT HT	TVA	MT TVA
375,00	20%	75,00

H.T	Mt TVA	Total TTC
375,00	75,00	450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Quatre cent cinquante DHs

Posologie :

La dose peut être ajustée individuellement.

Mode d'administration :

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec au moins ½ verre de liquide. Ils ne doivent être ni mâchés, ni écrasés.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Surdosage :

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement votre médecin.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Le plus fréquent : la toux.

Moins fréquents :

- Céphalées, fatigue,
- tachycardie, détérioration de la capacité à réagir,
- nausées,
- exanthème, prurit, urticaire (parfois avec fièvre), angio-œdème avec enfllement de la face, des membres, de la langue, de la glotte et/ou du larynx,
- augmentation du taux sérique de bilirubine et/ou des enzymes du foie cholestatique hépatique,
- faiblesse,
- altération de la fonction rénale, augmentation de la créatinine sérique et de l'urée,
- conjonctivite,
- troubles de l'équilibre.

SIGNELEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

TRIADEC®

1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg

Ramipril

Comprimé

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

TRIADEC® 1,25 mg : Ra

TRIADEC® 2,5 mg : Rami

TRIADEC® 5 mg : Rami

TRIADEC® Protect 10 mg

Excipients (communs) :

prégélatinisé, cellulose m

fer jaune (pour TRIADEC®

FORME PHARMACEUTIQUE

TRIADEC® 1,25 mg : comprimé

TRIADEC® 2,5 mg : comprimé

TRIADEC® 5 mg : comprimé

TRIADEC® Protect 10 mg : c

INDICATIONS

- Hypertension artérielle.
- Insuffisance cardiaque.
- Réduction de la mortalité aiguë d'un infarctus du myocarde.
- Néphropathie glomérulaire.
- Début de néphropathie.
- Maladie vasculaire avec athérosclérose établie (avec ou sans diabète de type II) : prévention de l'infarctus du myocarde, de l'accident vasculaire cérébral ou des décès cardiovasculaires.

CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité au ramipril, à un autre inhibiteur de l'enzyme de

mg/comprimé.
mg/comprimé.
mg/comprimé.
mg/comprimé.
idon de mais
dium, oxyde de
TRIADEC® 5 mg).



TRIADEC® 2,5mg

30 Comprimés



6 118000 060185