

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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

MLD

N° = 18812

Déclaration de Maladie : N° P19-0009457

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU Abdellah Date de naissance : 21.04.1961

Adresse : 5 Rue de l'HERAULT Polo Gressuosa

Tél. : 0661.23.84.70 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 :

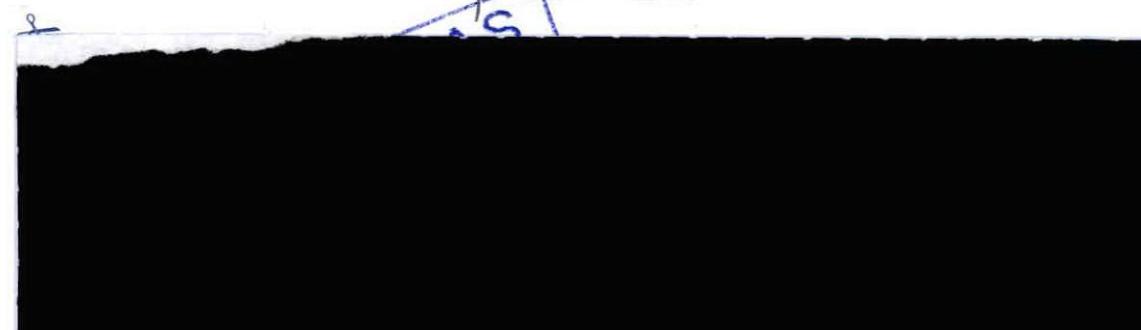
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 29/01/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA FOUILLOU Abidjan Rue l'Hermitage France. Tel: 04-22-26-05-70</i>	22.01.90	129,30 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

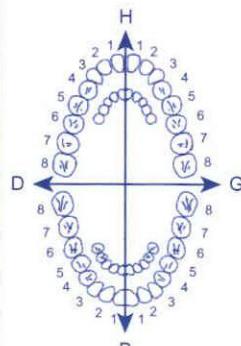
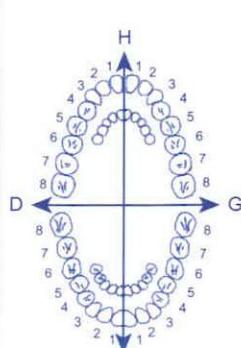
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ICD.

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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

valable 3 mois

Le 29/01/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HAYDOU Aya Louah

Présente Hyperthyroïdie antérale

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois à l'engrenage

Dont ci-joint ordonnance : Tripartide 50 mg Rep 5

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 mg 3/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 Fatima
Médecin généraliste
55, Boulevard Jourdan Salmia II
Sidi Othmane - Tel. : 0522 38 56 23

PHARMACIE NADOR DE CASABLANCA

LAHLOU ABDELAJI

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 : 22/01/2020

FACTURE N°: 5217/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21,80	7	21,80
1	TRITAZIDE 5 MG/25MG/28 CP	107,50		107,50
TVA 7%:		1.43	Total :	
			129,30	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

PHARMACIE NADOR

LAHLOU Abdelali

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

ASPÉGIC[®] NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a/ Dénomination : ASPÉGIC NOURRISSONS, 100 mg.

b/ Composition : Acétylsalicylate de DL-lysine ... 180,00 mg

(quantité correspondante en acide acétylsalicylique ... 100 mg)

Excipients : glycine, arôme mandarine (contenant du lactose, jus d'orange, huile essence de mandarine), glycyrrhizate d'ammonium, pour un sachet-dose de 204,6 mg.

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Poudre pour solution buvable en sachet-dose, boîte de 20.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

AUTRES ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (indications thérapeutiques)

• médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué : • en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».

• dans le traitement de certaines infections symptomatiques

Dan:

22kg

Pou

d'au

méd

3- A

Si vo

cont

a) D

Ce n

• all

anti-

anté

méd

stéroï

d'amé

l'estom

risque de

أسيجيك 100[®]

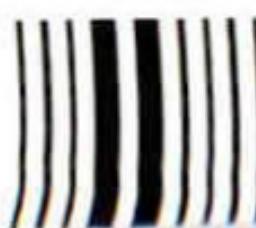
L01 : 19E004
PER : 06/2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113



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 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

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Tritazide® 5mg/25mg

107,50

Tritazide® 5mg/25mg

28 Comprimés
sécables



6 118001 081448

Après administration, le thiazide est absorbé et éliminé par

pro[®]
tide