

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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° W21-631048

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		N° 129411	
Matricule : 1607		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BELAMINE EL HABIB
Nom & Prénom : BELAMINE EL HABIB		Date de naissance : 11/01/36	
Adresse : Résidence MALKI Bouskoura Ville Verte		Total des frais engagés : Dh\$	
Tél. : 0661167502			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21	Age :	
Nom et prénom du malade :		ACCA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.

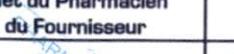
Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-631048
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Date de dépôt : _____	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE GREENTOON Dr. Maria AZENNAR Centre Commercial 1000 Ville Verte	21/6/22	2811,93

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 21/06/2022

M. El habib BELAMINE



1) SAFLU Suspension Pour Inhalation à 250 µg/25 mg Flacon 120 Dose

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois

2) LASILIX Comprime à 40 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4) SYMBICORT TURBUHALER Poudre Pour Inhalation à 400 µg/12 µg Flacon 60 Dose

Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 3 mois

5) AMLOR Comprime à 5 mg Bte 28 Comprime

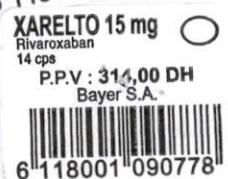
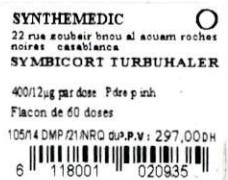
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) FOSTER

1 le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois

7) XARELTO 15 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois





قبل الاستعمال اقرأ المنشورة جيداً.
Avant toute utilisation lire attentivement la notice /
Read carefully the patient information leaflet before use.

Liste 1/List 1 [Tableau A/Table A]

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES
احترم الجرعات الموصولة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES
احترم المعدلات الموصى بها
Under Prescription Only



Comprimés / Tablets



COOPER PHARMA



asured by

مُنْتَهِيَّ بِالصُّورَةِ :
الْمُؤْمِنُ بِالصُّورَةِ :
الْمُؤْمِنُ بِالصُّورَةِ :
الْمُؤْمِنُ بِالصُّورَةِ :

position : 5 mg
clindipine q.s. 1 comprimé/tablet
patients : مساعف
المركيبة
أطباء
لكل
5
من

Composition :
Amiodipine
Excipients

CI: 6278



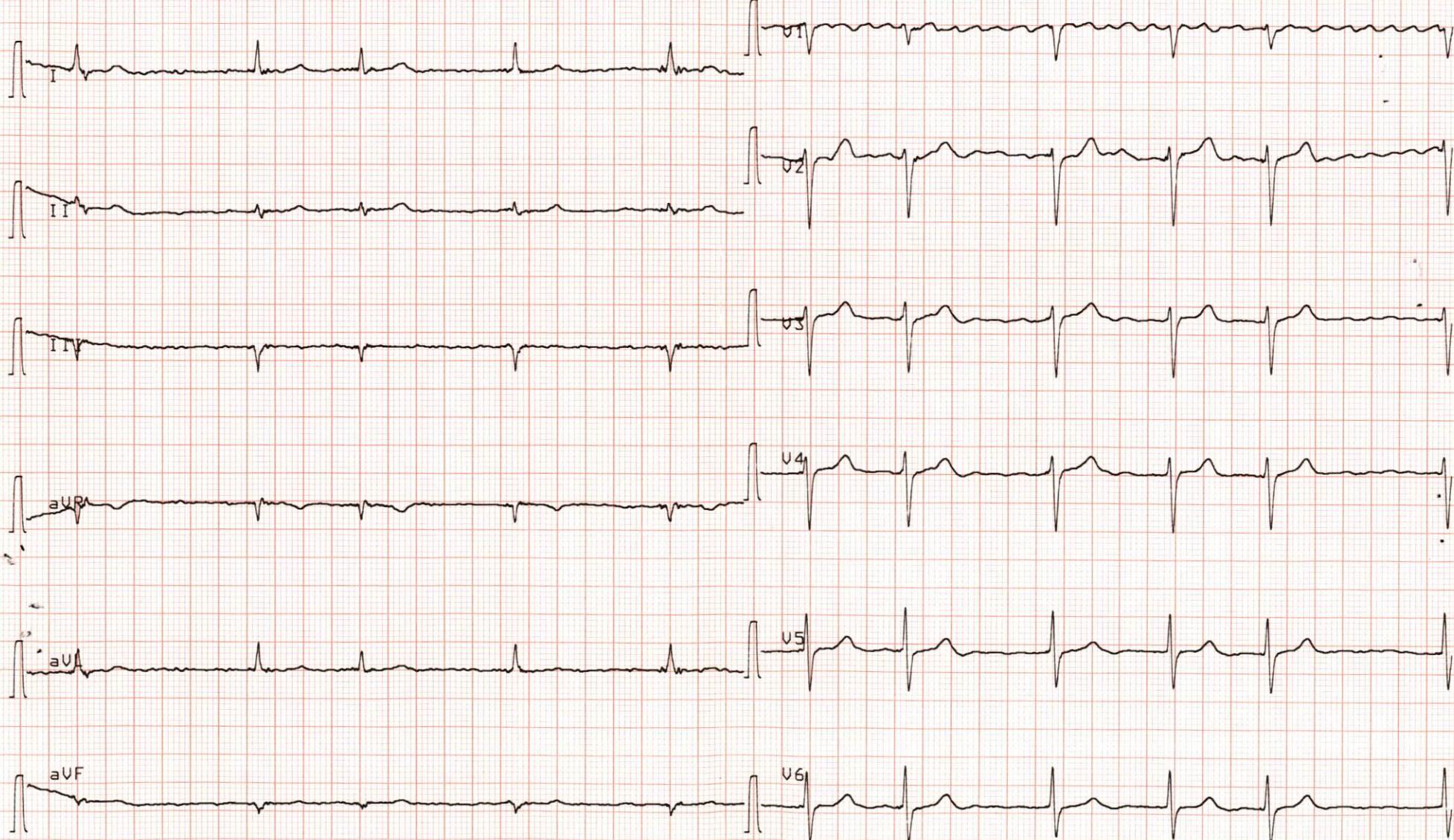
BELAMINE
EL HABIB

.....
..... Masculin
Age:
..... cm / kg

FC: 68/min Axes:
P - °
Intervalles: QRS - 28 °
RR 881 ms T 25 °
P - ms
PQ - ms P (II) - mV
QRS 84 ms S (V1) -0.51 mV
QT 384 ms R (V5) 0.77 mV
QTC 413 ms Sokol. 2.05 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS
SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

CE0044

Ma 21-JUL-22 10:46:35

Pr. BENNIS AHMED

LOT D 703

AT-102 1.37 Mm