

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

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.

N° W19-578875

84 293

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7585	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BOUKTIB DRISS			
Date de naissance : 1952 / 06 / 30			
Adresse : BOITE POSTALE 1001, POSTE PRINCIPAL, TANGER			
Tél. : 06.10.60.06.03 Total des frais engagés : 300,00 Dhs + 180,00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin Docteur Isam BOUSSELMANE <i>Médecine Générale Médecin Urgentiste Service des Urgences Centre Hospitalier Préfectoral d'Inezgane</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03 / 03 / 2014			
Nom et prénom du malade : HABIB DRISS Age : 62			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : front my			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-578875

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
SEPT 2021		1728.21	20000	INP : 04196636 Dr Issam BOUSSELMANE Médecine Générale Médecin Urgentiste Service des Urgences Préfectoral d'Inezgane

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-5-2021	12.000

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.

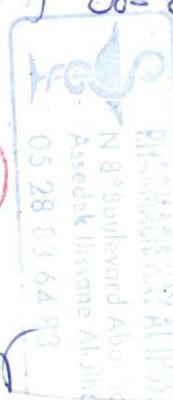
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION PREFECTORALE
D'INEZGANE AIT MELLOUL
CHP INEZGANE

Fay

INEZGANE Le :

NOM & PRENOM :

ORDONNANCE



7620
1) Voltaren SR 60
1 pc po 6
2) Coditript 6
1 pc po 3
2060

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeine (Quantité correspondante : gélules)

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable

CLASSE PHARMACEUTIQUE

DANS QUELS CAS

Traitement chez l'adulte des douleurs
l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

PPV: 22DH20

PER: 01/23

LOT: K131

imé sécable

..... 400,00 mg

..... 20,00 mg

..... 15,62 mg
un comprimé.

Code

Paracétamol 4

Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217



Système nerveux central)

NT

ére à intense, qui ne sont pas soulagées par

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICALEMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeine (Quantité correspondante : gélules)

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable

CLASSE PHARMACEUTIQUE

DANS QUELS CAS

Traitement chez l'adulte des douleurs
l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

PPV: 22DH20

PER: 01/23

LOT: K131

imé sécable

..... 400,00 mg

..... 20,00 mg

..... 15,62 mg
un comprimé.

Code

Paracétamol 4

Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217



Système nerveux central)

NT

ére à intense, qui ne sont pas soulagées par

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICALEMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



FACTURE HOSPITALISATION

Code ANAM : 040005092

N° Compte Courant : 21-40

acture Hospitalisation : Traitement de Base

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE INEZGANE AIT
MELLOUL

ervice : CHIRURGIE GÉNÉRALE

Numéro de Facture : 5960

Identification

Index Patient : 27312001-01-429426

Débiteur

N° Admission : 11384

EN-INSTANCE :

Nom Patient : AATAB

Le Régisseur Comptable

Prénom Patient : AICHA

Hôpital SEPT 2021

TIN : JB16455

d'Inezgane

Adresse : DCHEIRA

En Parenté :

Date

Nom et Prénom :

Date Entrée : 17/08/2021 09:45:33

N°CIN :

Date Sortie : 17/08/2021 12:00:16

Libelle

NGAP

Cle

Coeff

P.U

Nbr

Mt Ligne

MT Assure

Actes :

MAIN, POIGNET, AVANT-BRAS, CLAVICULE, PIED, COU-
E-PIED, PÉRONÉ

Montant Total : 300,00

Montant à payé : 300,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DIRHAM(S)

17/08/2021 12:01:16

Signature du responsable :



COMPTRE RENDU

Nom Médecin :

Type d'Activité : HOSPITALISATION CHIRURGICALE

Motif d'Entrée :

Nom & Prénom Patient : AATAB AICHA

Numéro d 'Hospitalisation : 11384

Date d'Entrée : 17/08/2021

Date de Sortie :

Compte Rendu :

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Souss_Massa
Inezgane Ait Melloul
Hôpital Provincial Inezgane



المملكة المغربية
وزارة الصحة
 جهة سوس ماسة
إقليم إبركان آيت ملول
مستشفى إبركان

BILLET DE SORTIE

Service : CHIRURGIE GÉNÉRALE

Index patient : 27312001-01-429426

Nom et Prénom : AATAB AICHA

N°d'admission : 11384

Date d'entrée : 17/08/2021 09:45:33

Diagnostic Principal à la sortie

Prescription :

Date de sortie 17/08/2021 Signature et cachet du médecin :

A revoir le Au



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Centre Hospitalier d'Inezgane

Reçu de M.

La somme de

Nature de recette	EX	Somme
14058 11384) 21		300,00
TOTAL		

A A Jabs Acchis
Trois cent DH.

Quittance

N° 001070 1

Cachet du Service

Le:

Signature du Régisseur

08 SEPT 2021

