

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

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

140968

per
l'assuré

Déclaration de Maladie : N° P19- 0018700

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **14138** Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SEN HAJI Abdellah** Date de naissance : **01.01.58**

Adresse : **32 Rue Raphaël Ben Attoum Tanger**

Tél. : **0668 565492** Total des frais engagés : **437.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **ZEMMOUKI ZOHRA** Age : **1966**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

D.B.T

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 : **06.12 Tangier**

Le : **06.12.2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Us

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0018700

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
00/00/00				
00/00/00				
00/00/00				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 162048375 Ime TRENCHEROUX Boulevard France Terre 500175005 11-05-98 24/72	06.12.2019 133	133,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 exiés 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C : Patente:50413621

T.V.A :81322320

Banque:ATTIJARI BANK

Tél :0539932422

Le 06/12/2022

FACTURE N°949148

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

ZEMMOURI ZOHRA

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	JANUMET 50-1000MG / 56CP	437,00	0,00	437,00	437,00		437,00		

Pharmacie Pasteur
NPF 162044375
ZEMMOURI ZOHRA
Place de France Tanger
N° ICE 00175088
N° IF 0539932422

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC

437,00

- Remise

0,00

= NET TTC

437,00

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Trente Sept Dirhams.

**Janumet® 50 mg/850 mg et
Janumet® 50 mg/1000 mg,
comprimés pelliculés**

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Quel contenu cette notice ?

1. Qu'est-ce que Janumet et dans quel cas est-il utilisé
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Janumet
 3. Comment prendre Janumet
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels
 5. Comment conserver Janumet
 6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. Qu'est-ce que Janumet et dans quel cas est-il utilisé

Enfants et adolescents

Les enfants et adolescents âgés de moins de 12 ans ne doivent pas prendre de médicament. Il n'est pas efficace chez les enfants de moins de 12 ans. L'efficacité et la sécurité d'emploi n'a pas été démontrée chez les enfants de moins de 17 ans.

Autres médicaments et Janumet

Si vous devez recevoir une injection d'un produit radioactif, par exemple, pour une radiographie, prendre Janumet avant ou au moment de l'injection.

Informez votre médecin si vous prenez tout autre médicament. Vous devrez peut-être ajuster la posologie de Janumet. Il est particulièrement important de faire attention à la glycémie et à la fonction rénale lorsque vous prenez Janumet.

- les médicaments (administrés or pour traiter les maladies accom et l'arthrite (corticoïdes)
 - les médicaments qui augmentent
 - des médicaments utilisés pour inhibiteurs de la COX-2, tels que
 - certains médicaments utilisés p l'ECA et antagonistes des récepte
 - certains médicaments utilisés (β-sympathomimétiques)
 - les produits de contraste à bas risques
 - certains médicaments utilisés cimétidine
 - la ranolazine, un médicament contre l'angine de poitrine
 - le dololutégravir, un médicament contre le VIH