

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

- Reclamation : 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.

M654

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : M1807		Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ELOMARI JIHANE		22/02/1975	
Date de naissance : 22/02/1975		Adresse : 84 lot JANHAR - TARE A	
Tél. : 0661473555		Total des frais engagés : 209,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation : 23/01/2023	Nom et prénom du malade : Jihane ELOMARI	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		Age: 47 ans
Nature de la maladie : Bronchite		<input type="checkbox"/> Conjoint
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
23/04/2023				INP : 0741200530 EL OMAR JIHANE DOSS. EN COURS DE Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARL A Propriétaire Jawhar 24 Tel : 05 24 32 90 32 INP : 001680	23/04/2023	255,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

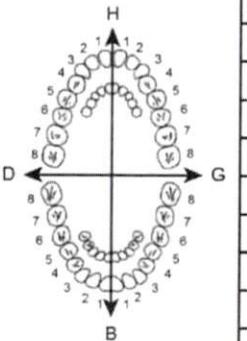
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

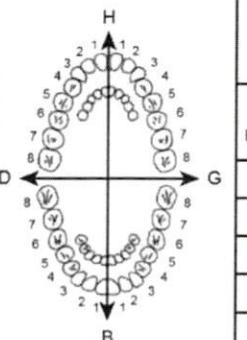


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11333553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le. 23/01/2023

Imane El omari .

168 ps

① - Augmenter 1g



69, $1 \text{ S} \times 2 \text{ fl J pdt 15 J.}$

② - Doci Vox. $1 \text{ S} \times 2 \text{ fl op.}$

22/20 $1 \text{ CS} \times 3 \text{ fl J.}$

③ - codoliplane



~~259,00~~ $1 \text{ cp} \times 2 \text{ fl J}$

D. EL OMARI JIHANE

Medecin

PHARMACIE PREMIUM
Propriétaire : SABER AU
Tél : 05 24 49 57 68
ICE : 001688249007290

LAJAMNA
COMMUNAL
Centre de Santé



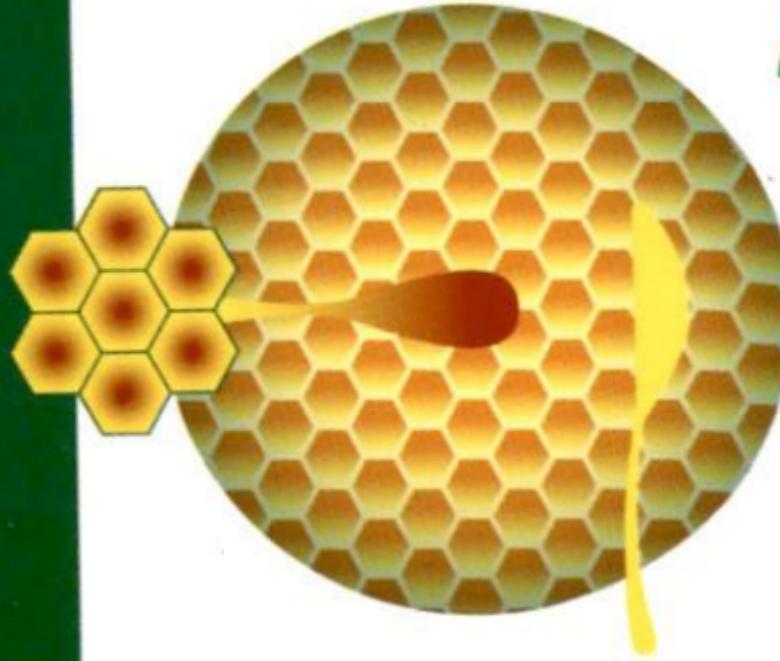
DociVOX

Sirup naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Gout miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT: 220664
DLUO: 09/2025
69,00 DH

Deva

200 ml



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol.

Phosphate de codeine hémilydraté.

(Quantité correspondant à codeine base)

Excipients : gélatine, acide stearique, amidon de pomme de terre, povidone, pour

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMAKO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne

l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

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

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, si
médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine
EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVI
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des l
d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi q
avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en ~~prison ou au cinéma~~

de dépendance.

PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.
EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEI
VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS ME
Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, il FAU
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE M
VOTRE PHARMACIEN.

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

PPV: 22DH20
PER: 05/24
LOT: L1761

