

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-774243

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11807 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : EL OMARI IMANE

Date de naissance : 22/02/1975

Adresse : 84 lot JAWHAR - TARRA

Tél. : 0661473555

Total des frais engagés : 259,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : Imane El Omari Age : 47ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : TARRA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

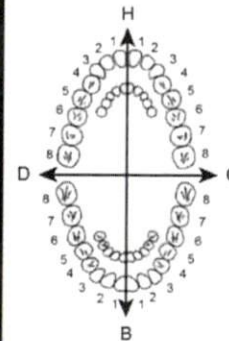
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PREMIER SARL A Propriété Jawhar 2 Tél : 05 24 CE : 001688	28/04/2023 0061322 INPE	259,40

[illegible][illegible]

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



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and a central pier labeled 'B' at the bottom. The bridge is supported by two main piers, 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is divided into two main sections, each with a series of smaller piers. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier 'H' and moving outwards to the main piers 'D' and 'C'. The piers are arranged in a semi-circular pattern, with the central pier 'H' at the top and the main piers 'D' and 'C' at the bottom. The bridge is shown in a perspective view, with the piers and arches receding into the distance.

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le. 23/01/2023

Imane el omari.

168,20

① - Augmentin 1g

69,00 1s x 2 fls pdt 15j.

② - Docivox. sirup.

22,20 1cs x 3 fls.

③ - codoliprane

1cp x 2 fls

259,40

E. EL OMARI JIHANE

Medecin

PHARMACIE PREMIUM
SABR AU
Propriété Jawhar 2-116 Marrakech
Tél: 05 24 49 5. 69
ICE: 004680249000000



AMBI... DE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 222,00 DH
LOT: 650802
PER: 08/24



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

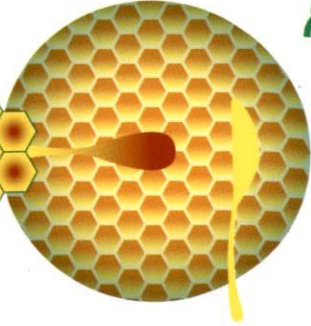
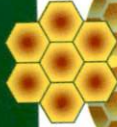
DociVoX

Sirop naturel
sans conservateur

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

Goût 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

200 ml

Deva

Codoliprane®
PARACETAMOL ET CODEINE
16 COMPRIMES
SECABLES



CLASSIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeïne hémihydraté.....
(Quantité correspondant à codeïne base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-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 codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sa
médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbup
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des
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
de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE ME
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 codeïne. D'autres médicaments en
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. pos)

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

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

