

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0000.802**

Société : **173277**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom **HAJJI AICHA. VR. MACHOUR BOUAFZA**

Date de naissance : **01-01-1944**

Adresse : **HAY AOUA BOL 1 N° 204/1 HAY, Tchamchia**

Tél. : **06 30 44 25 89**

Total des frais engagés : **909,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation **27/07/2023**

Nom et prénom du malade : **Hajji Aicha** Age : **79**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **arthrose HJA**

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 : **1/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/10/2023	CS	150.00		
22/10/2023	CS	200.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Fouarat Sante 193. Av Fouarat Hay Adil Tél: 0522 60 14 82 BLL87072	27/7/2023	92,190

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>PHARMACIE 193, AVENUE DES TÉLÉGRAPHES</i>	<i>INPE 2028778</i>		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
		<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Carab, Le : 2A/07/2023

Nom :

Age :

Hajji Aïda

169,00 x 2

Dolicox 50mg



22,00

do.



Cedol

50mg

0,00

14011124



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

136,50

+ Rhyse 25



82,80 x 2

+ Ranciplex 50mg



Cachet:

100

100

100

100

Date de la prochaine visite:



Intérieur:
fants.
essant pas

PPV : 82 DH / 30

العربي
العربية
العربية

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 2247 A
PER : JUN 2025
PPV : 100 DH 00

799,00 Dhs
Natrixam 1,5/5 mg
100,00
(\approx 800) (B904)

S.V.
Lot:

Pharmacie Fouarat Sante

193, Avenue Fouarat Hay Adil 0522 60 14 83

PHARMACIE FOURAT SANTÉ
Casablanca
CPT4PBC

COOPER PHARMA
PPV: 338,00 DH

PPV: 169DH00
PER: 03/26
LOT: M953-2

PPV: 169DH00
PER: 10/25
LOT: L3391

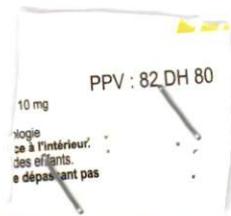
Lot.: 22 L 268
Exp.: 08.2025
PPV: 136DH50

1401124



6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg-O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV: 79,90 DH



Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée	20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base)	14,8 mg
Excipients q.s.p.	un comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

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 sont pas soulagées par 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 codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

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

MISES EN GARDE SPECIALES

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.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

INTERACTIONS MÉDICAMENT

ES ET AUTRES INTERACTIONS
INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment
entazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT
A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

ol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
asser les doses maximales conseillées (cf. posologie).