

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-831459

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11817 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : ELOMARI IMANE

Date de naissance : 22/02/1975

Adresse : 84 LOT JAWHAR - TARGA

W21-831459

Tél. : 0661473555

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : Imane ELOMARI

Age : 48 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : lombalgie + grippe

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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

Le : 10/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-831459

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 :

RELEVÉ 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
10/01/2024		G		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.1.24	242,60
072061328		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le: 10/01/2024

ORDONNANCE

PHARMACIE PREMIUM

SARL AU

Propriété Jawhar 2-115 Marrakech

Tél : 05 24 49 59 69

ICE : 001680249000000

(3)

LOT : 22E007
PER: 31/2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT: M20227
EXP: NOV 2024
PPV: 66.80 DH

PPV: 20DH00
PER: 07/26
LOT: M2550

Jihane ELOMARI
Medecin
071269530

5310 Tmane elomar

1/- Relaxol.

66.80 1cp x 3 fl.

2/- Voltarene 50mg.

1490 1cp x 2 fl.

3/- Rennie.

2000 1cp x 3 fl.

4/- Doligrippe.

69.00 1s x 3 fl.

5/- Docwox

1930 1cs x 3 fl.

6/- odruvine 1/.

242.60 1g x 3 fl.

LOT: M0817
EXP: AVR 2026
PPV: 19,30 DH

LIBRARY ELON
DEC 11 2025



mé
de magnésium lourd

nt de prendre ce médicament
importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre les informations fournies dans ce prospectus.

- Gardez cette notice. Vous pourrez y revenir à tout moment.
- Adressez-vous à votre pharmacien.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique également à la notice mentionnée dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez mal.

en suivant scrupuleusement les conseils de votre médecin ou votre pharmacien. Si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez mal, consultez votre médecin.

conseil ou information. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique également à la notice mentionnée dans cette notice. Si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez mal, consultez votre médecin.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que RENNIE, comprimé ?
2. Quelles sont les informations importantes à connaître avant de prendre RENNIE, comprimé ?
3. Comment prendre RENNIE, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver RENNIE, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

els cas est-il utilisé ?
nt de prendre RENNIE, comprimé ?

1. QU'EST-CE QUE RENNIE, comprimé ?

Classe pharmacothérapeutique : Antacides.
RENNIE comprimé soulage les brûlures d'estomac, les remontées acides ou aux reflux gastro-œsophagiens.

IS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
TIACIDES- A02A
es aux brûlures d'estomac, aux reflux gastro-œsophagiens.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE RENNIE comprimé ?

Ne prenez jamais RENNIE, comprimé :

- si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous êtes atteint d'une maladie grave du rein,
- si vous souffrez d'hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- si vous souffrez de néphrolithiase (dépôts de calcium dans le tissu rénal),
- si vous souffrez d'hypophosphatémie (taux anormalement faible de phosphate dans le sang).

Avertissements et précautions

pé
• L

Mod
Voie
Sucr

Fréc
Pre
maxim

Durée

La dur

Si vou

En ca

ce c

Si v

Ni

de

St

S

S

d

4

0

i

a

a

a

a

a

a

a

a

a

a

DociVox

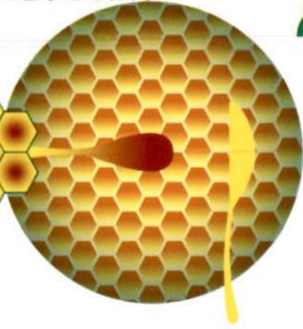
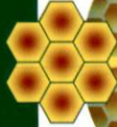
**Sirop naturel
sans conservateur**

**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 : 230523
DLUO : 06/2026
69,00DH

200 ml

Deva