

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

CO

PR4FR05/V2/20-10-2023

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : 118M Société : R.A.M.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL OMARI JIHANE			
Date de naissance : 22/02/1975			
Adresse : 84 lot JAW HAR - TARGA			
Tél. : 06611473555 Total des frais engagés : 91.8 Dhs			

Autorisation CNPD N°: A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 10/01/2024			
Nom et prénom du malade : Jihane elomari Age : 48 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : lombalgie + grippe			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : grippe			
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 : **00000000000000000000000000000000** 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 :	

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
10/01/2024		G		Jihane ELOMARI INPE 911209530 La GEMMALE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
00010000000000080 156-49 59 69 TÉLE 03 88 49 59 69 Propriété du Gouvernement du Québec PHARMACIE PRÉMIUM SARL AU Propriété du Gouvernement du Québec 0720190270	10.12.1	242,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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.

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	Den ^s Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CoeffICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CoeffICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	H B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

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

11.15.2023
100% active
100% effective
use before EXP



6 118000 170426

Vous devez toujours prendre des informations fournies dans cette notice.

- Gardez cette notice. Vous pourrez la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien si vous ressentez un quelconque effet indésirable.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique à tous les médicaments mentionnés dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre pharmacien si vous voulez une amélioration ou si vous vous sentez mal.

Que contient cette notice ?

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

1. QU'EST-CE QUE RENNIE ?

Classe pharmacothérapeutique :

RENNIE comprimé soulage les remontées acides ou aux

méde magnésium lourd

nt de prendre ce médicament
importantes pour vous.

en suivant scrupuleusement les
otre médecin ou votre pharmacien.
n de la relire.

conseil ou information.

able, parlez-en à votre médecin ou
effet indésirable qui ne serait pas

→ 14/40
ain si vous ne ressentez aucune
bien après 10 jours.

els cas est-il utilisé ?

nt de prendre RENNIE, comprimé ?

IS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

TIACIDES-A02A

es aux brûlures d'estomac, aux
c.

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 néphrolithiasie (dépôts de calcium dans le tissu rénal),
- si vous souffrez d'hypophosphatémie (taux anormalement faible de phosphate dans le sang).

Avertissements et précautions

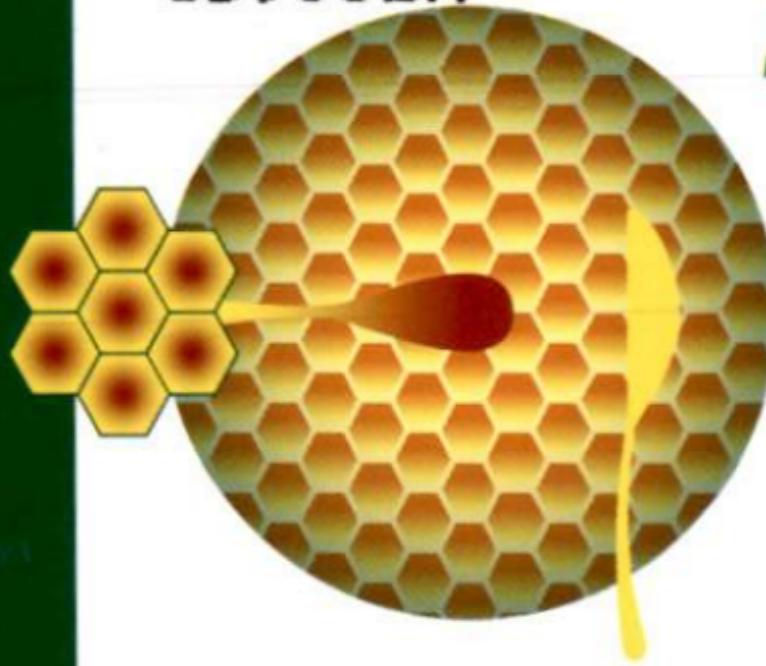
DociVOX

Sirup 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
BLUO : 06/2026
69,00DH

Deva

200 ml