

## 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, parodontologie 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W21-818849

177449

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ASSAL Mustapha

Date de naissance : 05/11/1963

Adresse : HAY EL HODA Rue n° 7 Villas n° 29. Berrechid.

Tél. : 06.04.68.56.33 Total des frais engagés : C

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.9.23

Nom et prénom du malade : ASSAL Mustapha

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
18.9.83	G	-300		INP : 0111 823111 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/23	100,20

[illegible]

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

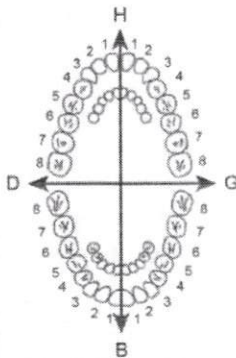
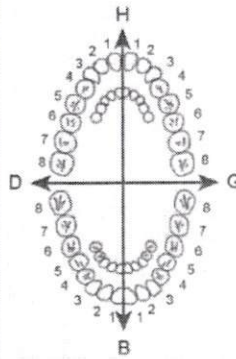
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																				
						MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																			
							DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																		
								FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>				
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																					
					DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																				
			DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 30px;"></table>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Dr BOUELFAIZ Mohamed

NEUROCHIRURGIEN

Electroencéphalogramme.EEG

Lauréat de la faculté de médecine de casa

Diplômé en neurochirurgie de la faculté de

médecine Paris - 5 - Descartes France



د. محمد بو الفائز

اختصاصي أمراض و جراحة الدماغ

و الأعصاب و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء

دبلوم التخصص في جراحة الدماغ و العمود الفقري

بجامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

## Ordonnance

Le 18.9.23

M. Agal Mustapha  
43,90 y. Zenoxia 15 6 x y. / 07  
53,10 2/ RelaxoP 4 x 3. / 13  
13,20 3/ Alfik 8 x y. / 07

après accord  
de son médecin  
Néphrologue

T 1140,20

د. محمد بو الفائز  
Dr BOUELFAIZ Mohamed  
NEUROCHIRURGIEN - EEG -  
اختصاصي أمراض و جراحة الدماغ و الأعصاب  
في جامعة الحسن الثاني - Casablanca  
06 62 62 99 16 18

■■■■■

- Difficultés à respirer,
- Réactions cutanées.

# ALGIK

## Paracétamol + Caféine Comprimés

### COMPOSITION

- Paracétamol (DCI) .....
- Caféine .....

par comprimé  
500 mg  
50 mg

Excipients : q.s.

### FORME ET PRESENTATION

Comprimés : Etui de 16 comprimés

### CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrétique.
- Caféine : stimulant du système central.

### NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC - PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda,  
Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)  
Km 12.400 - Ain Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc.

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique des :

- affections douloureuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée.
- états fébriles (en cas de grippe).

### CONTRE - INDICATIONS

*Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :*

- Hypersensibilité au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.

*En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.*

### MISES EN GARDE

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif (Caféine) pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopage.

Pendant, la dose de caféine reconnue comme dopante de 12 µg/ml d'urine, ne peut être atteinte par la prise d'ALGIK 500 mg aux posologies recommandées.

Seule, l'absorption simultanée de médicaments ou de boissons (café, thé, en quantités relativement importantes) contenant également de la caféine, pourrait induire un test positif.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

*Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :*

- Insuffisance hépatique légère, d'alcoolisme chronique.
- Administration concomitante de médicaments hépatotoxiques.
- Atteinte rénale sévère (risques d'effets secondaires rénaux lors de l'usage chronique de doses élevées).

*En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.*

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

*Lié au paracétamol*

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose-oxydase-peroxydase.

*Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.*

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

• Grossesse :

- Chez l'animal : Il n'existe pas d'étude de tératogénèse.
- Chez la femme :

- premier trimestre : une étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines de femmes n'a pas mis en évidence d'effet tératogène.

ALGIK® 500 mg + 50 mg

16 comprimés



6 118000 070016

### Comprimés

**SANOFI**

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. • Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. • Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. • Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Respectez rigoureusement les doses et la durée du traitement décrites à la rubrique 3. Vous ne devez pas utiliser ce médicament à une dose plus élevée ou pour une durée dépassant 7 jours. Ceci est dû au fait que les produits formés dans votre organisme lorsque vous prenez du thiocolchicoside à des doses élevées peuvent provoquer des lésions sur certaines cellules (nombre anormal de chromosomes). Cela a été mis en évidence lors d'études chez l'animal et d'études

potentielle des

6 118000 060833

sculine par altération  
chromosomes) : ceci a

Ce médicament peut entraîner des problèmes de fertilité masculine par altération potentielle des cellules spermatiques (nombre anormal de chromosomes) ; ceci a