

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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 353 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Nsallam, Amina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Ben Nsallam, Amina

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-049561

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 :

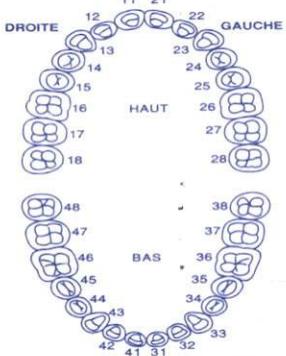
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

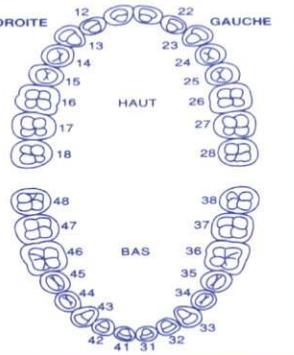
Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



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

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° **P 17 / 046720**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet
MUPRAS

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

P 17 / 046720

DATE DE DEPOT
/201

ND: 40053

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom **Bensalem Amina**

Fonction **353** Phones **0539941384**

Mail

épouse
Oumanssler
Kia

MEDECIN Prénom du patient **Amina** **Bensalem**

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie **Céphalées**

Date **9/6/2020**

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Ct + K16 (ECG)

350,66

PHARMACIE Date **05/04/20**

Montant de la facture

212

PHARMACIE ZIAO et
1 Bd. Mohamed V
Tél: 0539941384

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

13.04.20 **465,60**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date
13.04.20 465,60

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

AUXILIAIRES MEDICAUX Date
CACHET

BIODIAGNOSTICA
89, bd Moussa Ben Noussair
Tel.039-93-29-69
TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568

IF N°81457870 ICE N°00162029900091 INP N°163001852

Tanger le 13 avril 2020

Madame BENSSALEM AMINA

FACTURE N° 1977

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80
Vitesse de sédimentation -----	B	30
Glycémie (à jeûn) -----	B	20
Créatinine -----	B	30
Acide urique -----	B	30
Gamma -G.T. -----	B	50
Transaminases SGOT -----	B	50
Transaminases SGPT -----	B	50
		Total : B 340

Prélèvements :

Sang----- | Pc | 1,5 |

TOTAL DOSSIER

465,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Soixante Cinq Dirhams et Soixante Centimes

DR. MOSES MEDICALS
Tel. 05 39 82 44 44
39 29 69
Fax. 05 39 93 97 23
Tanger

Docteur Mounir CHERIF

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

11, Avenue Mohammed V

■ Cabinet : 05 39 94 18 84

Fax : 05 39 34 12 62

TANGER

Sur rendez-vous

الدكتور منير الشريف

اختصاصي في أمراض القلب

خريج كلية الطب بباريز

11، شارع محمد الخامس

العيادة : 05 39 94 18 84

الفاكس: 05 39 34 12 62

طنجة

بالموعود

9/4/2020

amna Bussalem

vn

Migralgine =

1 - 1 - 1

SL

PHARMACIE BEN ZIAD TARIK
51 Bd. Mohamed V - Tanger
Tel : 05 39 34 31 57

DOCTEUR MOUNIR CHERIF
CARDIOLOGUE
11, Avenue Mohammed V
TANGER - Tel. 94 18 84

Docteur Mounir CHERIF

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

11, Avenue Mohammed V

Cabinet : 05 39 94 18 84

Fax : 05 39 34 12 62

TANGER

Sur rendez-vous

الدكتور منير الشريف

اختصاصي في أمراض القلب

خريج كلية الطب بباريز

11، شارع محمد الخامس

العيادة : 05 39 94 18 84

الفاكس : 05 39 34 12 62

طنجة

بالموعد

9/11/2020

Amna Bensale

Biol
sang NPS

VS
Activité, Ac. urique.
Glycémie -
SGOT, SGPT, Gamma GT

Dr. Mounir CHERIF
CARDIOLOGUE
11, Avenue Mohammed V
TANGER - TEL: 05 39 94 18 84
FAX: 05 39 34 12 62
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
BIOCIDE - BIOCIDE
DÉPARTEMENT D'ANALYSES MEDICALES
TANGER - TEL: 05 39 94 18 84
FAX: 05 39 34 12 62

MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice. Gardez celle notice, vous pourrez avoir besoin de toute autre question, si vous avez à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit pour des symptômes identiques, cela pourraient être des effets indésirables déviant gravement de cette notice, partez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

*COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACÉTAMOL 500 mg
CAFÉINE 100 mg
PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE 10 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose et dioxyde de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose.

*FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

*CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

*DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou qui ne sont pas soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

*ATTENTION :

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Allergie à l'un des composants.
- Maladie grave du foie.
- Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MÉDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'enoxacine (antibiotique).

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

*MISES EN GARDE SPÉCIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

*PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.

- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

*INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

P. PV: 21DH50
P. PER: 12/21
L. LOT: I2825



1 ou
8 en
dans

404 (E 104).