

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

- 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.

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



ND: 400
Déclaration de Maladie

N° P19- 049561

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 353 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM Amine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENSALEM Amine 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 du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
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			



P 17 / 046720

DATE DE DEPOI /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <u>Bensalem Amina</u>		épouse
Fonction <u>353</u>	Phones <u>0539941384</u>	Oumansouler
Mail _____		
MEDECIN	Prénom du patient <u>amina Bensalem</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age _____	Date <u>9/4/2020</u>	Date 1ère visite _____
Nature de la maladie <u>Céphalées -</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances _____		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C2 + K16</u> <u>(ECG)</u>		<u>35084</u>
PHARMACIE	Date <u>09/04/20</u>	
Montant de la facture		
<u>210</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>13.04.20</u>	<u>465,60</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date _____
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
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°001620299000091 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

89, Bd Moussa Ben Noussair - Tanger
Tel: 05 39 93 29 69 - Fax: 05 39 93 97 23
BIODIAGNOSTICA
ANALYSES MEDICALES

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 بباريس

11، شارع محمد الخامس

☎ العيادة : 05 39 94 18 84

الفاكس : 05 39 34 12 62

طنجة

بالموعد

9/4/2020
amina Benssallem

W

Migralgin =



1- 1- 1

PHARMACIE TARIK
BEN ZIAD
51, Bd. Mohamed V - Tanger
Tél : 05 39 94 31 57

Docteur Mounir CHERIF
CARDIOLOGUE
11, Avenue Mohammed V
TANGER - Tél. 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 بباريس

11، شارع محمد الخامس

☎ العيادة : 05 39 94 18 84

الفاكس : 05 39 34 12 62

طنجة

بالموعد

9/11/2020

Amina Bensaleh

Biol
sang

NFS

VS

Uratine, Ac. urique

Glycémie

S/GOT, SGPT, Gamma GT

89, Bd. Mohammed V
Tanger
Tel: 05 39 94 18 84
Fax: 05 39 34 12 62
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Docteur CHERIF Mounir
CARDIOLOGUE
11, Avenue Mohammed V
TANGER - Tel: 94 18 84

MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice, vous pourriez avoir besoin de votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit car les symptômes identifiés, cela pourrait correspondre à l'un des effets indésirables décrits dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL

CAFEINE

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE

Excipients : silicone colloïdale anhydre, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, 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 MEDICAMENT

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 MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Allergie à l'un des composants.
- Maladie grave du foie.
- Insuffisance respiratoire quelconque 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 MEDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'oxazone (antibiotique).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

• MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certains troubles peuvent ne pas être soulagés par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

• PRECAUTIONS 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 DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

• INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

IL FAUT EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'oxazone, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

PPV: 21DH50
PER: 12/21
LOT: I2825



(E 104).