

# 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.

## Diologie 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.

## Maladie chronique :

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

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

N° M21- 0018668

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2144 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FASSI ELFIHRI NEZHA

Date de naissance : 09/04/1954

Adresse : Résidence Nadia I.M.N. Apt 18 Pasa

Tél. : 06.05.15.81.36 Total des frais engagés : 58,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : - 3 AVR. 2021 - 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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

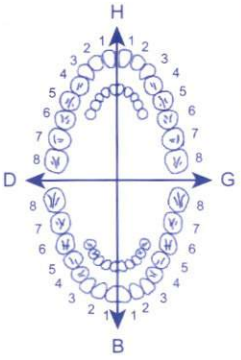
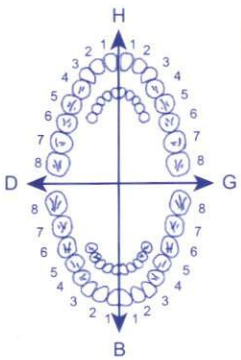
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Pharmacie CITE YASMINE

Nawar EL ABBASSI

0524292077

NUM 6. CENTRE COMMERCIAL YASMINE . ROUTE DE CASA., MARRAKECH.



Facture N° FAC-3336

Date : 22/02/2021

EL FASSI EL FIHRI NEZHA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MIGRALGINE CO 400MG/20MG/62.5MG B18 GELULES	1	21,50	2	21,50
ZENTEL CO 400MG B1 COMP	1	37,30	2	37,30



Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	3,85	0

Total HT	54,95 DHS
TVA	3,85 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	58,80 DHS
<b>Total</b>	<b>58,80 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-huit DHS et quatre-vingts centimes

Pharmacie Cité Yasmine  
Dr. Nawar EL ABBASSI  
Complexe Commercial Yasmine  
Route de Casa Marrakech  
RC: 105624/Pat: 64495037/IF: 70495088

IF : 70945088 RC : 105624 ICE : 001161948000017  
Tel : 0524292077

Adresse : NUM 6. CENTRE COMMERCIAL YASMINE . ROUTE DE CASA., MARRAKECH.

# MIGRALGINE

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

**MIGRALGINE®**  
18 GELULES

.....400,0 mg  
.....62,5 mg  
.....RATE.....20,0 mg

monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule  
e : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine

TIQUE

PHÉRIQUE (N : Système Nerveux Central).

### • DANS QUEL(S) CAS CE MÉDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs 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 DOUTE, 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.

### • 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 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 À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, de la codéine et de la caféine.  
D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (voir POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION)

