

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 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-578875

84 293

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7585 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUKTIB. DRIS

Date de naissance : 1952 / 06 / 30

Adresse : BOITE POSTALE 1001

POSTE PRINCIPAL, INEZGANE

Tél. : 06.10.60.06.03 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. BOUSSELMANE

Cachet du médecin :

Docteur BOUSSELMANE
Médecine Générale
Médecin Urgentiste
Service des Urgences
Centre Hospitalier Préfectoral d'Inezgane

Date de consultation : 08 / 09 / 2024

Nom et prénom du malade : AHAB. N. H. Age : 71 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : front myel

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 10/09/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-578875

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 :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION PREFECTORALE
D' INEZGANE AIT MELLOUL
CHP INEZGANE

FAM

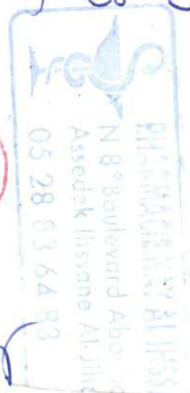
INEZGANE Le :

NOM & PRENOM :

17.08.21

ORDONNANCE

7620
1) Voltare 1mg
1 po 1 po 6 r
222x2
2) Codipar
1 po 3 po 6 r



VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

12060

Signature et cachet du médecin :



Codolirane®

PARACETAMOL ET CODEINE

Comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeine
(Quantité correspondante à
Excipients : gélatine, sucre, amidon, talc, stéarate de magnésium, povidone, polyvinyle, dioxyde de titane, lauryle sulfate de sodium, colorant E132.

PPV:22DH20

PER:01/23

LOT:K131



..... 400,00 mg
..... 20,00 mg
..... 15,62 mg
un comprimé.

FORME PHARMACIENNE

Comprimé sécable

Codolirane

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES

CLASSE PHARMACOLOGIQUE

ANTALGIQUE

(Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER

Traitement chez l'adulte des douleurs

l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

NT

de légère à intense, qui ne sont pas soulagées par

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codeine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codolirane®

PARACETAMOL ET CODEINE

imé sécable

IDENTIFICATION DU M

COMPOSITION

Paracétamol.

Phosphate de coe

(Quantité corres

Excipients : gélatine

Code

Paracétamol 4

Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPOS

16 COMPRIMÉS SECABLES

FORME PHASE

Comprimé sécat

CLASSE PHAJ

ANTALGIOUF

Système nerveux central)

DANS QUELS

Traitement chez l'adulte des douleurs **modérées à intenses**, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

- maladie grave du foie,

- chez l'asthmatique,

- en cas d'insuffisance respiratoire.

- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



FACTURE HOSPITALISATION

Code ANAM : 040005092

N° Compte Courant : 21-40

Facture Hospitalisation : Traitement de Base

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE INEZGANE AIT
MELLOUL

Service : CHIRURGIE GÉNÉRALE

Numéro de Facture : 5960

Identification

Index Patient : 27312001-01-429426

N° Admission : 11384

Nom Patient : AATAB

Prénom Patient : AICHA

N° IN : JB16455

Adresse : DCHEIRA

Débiteur

EN-INSTANCE :

du :

Le Régisseur Comptable
Hôpital Provincial
d'Inezgane

10701
08 SEPT 2020

Parenté

Nom et Prénom :

N° CIN :

Date

Date Entrée : 17/08/2021 09:45:33

Date Sortie : 17/08/2021 12:00:16

Libelle	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Nbr	Mt Ligne	MT Assure
AIN, POIGNET, AVANT-BRAS, CLAVICULE, PIED, COU- LE-PIED, PÉRONÉ	A100	K	10	300,00	1,00	300,00	300,00

Montant Total : 300,00

Montant à payé : 300,00

ARRÊTER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENTS DIRHAM(S)

17/08/2021 12:01:16

Signature du responsable :



COMPTE RENDU

Nom Médecin :

Type d'Activité : HOSPITALISATION CHIRURGICALE

Motif d'Entrée :

Nom & Prénom Patient : AATAB AICHA

Numéro d'Hospitalisation : 11384

Date d'Entrée : 17/08/2021

Date de Sortie :

Compte Rendu :

.....

....

.....

....

.....

....

.....

....

.....

....

.....

....

BILLET DE SORTIE

Service : CHIRURGIE GÉNÉRALE

Index patient : 27312001-01-429426

Nom et Prénom : AATAB AICHA

N° d'admission : 11384

Date d'entrée : 17/08/2021 09:45:33

Diagnostic Principal à la sortie :

Prescription :

Truon de ph
du Radial
Roucs Lavois

Date de sortie : 17/08/2021 Signature et cachet du médecin :

A revoir le Au



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Centre Hospitalier d'Inezgane

Reçu de M.

La somme de

AA dab Achis

Trois cent DH.

Nature de recette	EX	Somme
17058		
11384/21		309,00
TOTAL		

Quittance

N° 001070 1

Cachet du
Service

Le:

Signature du
Régisseur

08 SEPT 2021

