

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

- Reclamation : 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° W19-578727

Couvier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9622 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SATTI ABDERRAHMAN
 Date de naissance : 1959 AVO 9 AVRIL RUE SANABIL 2 RT 4-N 5
 Adresse : TETOUAN
 Tél. : 06 88 56 31 33 Total des frais engagés : 64 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578727

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/23	64,50

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 traitements canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ALMATAR – Tetouan
(new)

Ⓜ Imane LAMARTI

☎ 0539993229

📍 AV.MEHDI BEN BARKA .RUE ALFARAH N 32

Facture N° 20240102-441

Date

2023-11-10

Adresse

Maroc

Produit

Qté

P.U

Total

MIGRALGINE CO 400MG/20MG/62.5MG B18 GELULES

3

21.50

64.50

Total

64.50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Soixante-Quatre DHS et Cinquante centimes

Pharmacie AL MATAR
LAMARTI Imane
Av. Mehdi Ben Baraka, 32 Al Fara
Tel : 05 39 99 32 29 - Tétouan

MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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.

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL 400,0 mg

PARASE-PARASE	62.5 mg
CAFFEINE	62.5 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE.....20,0 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycéril, pour une gélule

- composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine (E 104), 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 MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE 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 MEDECIN 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

• MISES EN GARDE SPECIALES

- 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 signaler tout trouble 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 doit être évité en fin de journée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEM
PHARMACIEN.

• INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES
AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS
avec la buprénorphine, la nalbuphine, la
SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT
PHARMACIEN.

PPV: 21DH50
PER: 09/25
LOT: M3312



MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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.

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL400,0 mg

CAFEINE62,5 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE.....20,0 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule

• composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine (E 104), 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 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 MEDECIN 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

• MISES EN GARDE SPECIALES

- 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 vérifier l'absence de toute affection 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 doit être pris avec modération et 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

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, évitez de prendre simultanément avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou tout autre traitement antidouleur. Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

PPV: 21DH50
PER: 09/25
LOT: M3312



MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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.

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL400,0 mg

CAFEINE62,5 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE.....20,0 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule

• composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine (E 104), 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 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 MEDECIN 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

• MISES EN GARDE SPECIALES

- 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 vérifier l'absence de toute affection 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 doit être pris avec modération et 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

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, évitez de prendre simultanément avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou tout autre traitement de la douleur. Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

PPV: 21DH50
PER: 09/25
LOT: M3312

