

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-508399

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 00372 Société : RAM

Matricule : 00372

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Boussetta Halime

Nom & Prénom : Boussetta Halime

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : Assif C NE 319 Marrakech

Tél. : 0661208926 Total des frais engagés : #1363,80ff

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. ATT BENARROU Abdellatif**  
**RHUMATOLOGUE**  
23, Résidence AKANSSOUS  
Appt. 11, Rue Tarik Ibn Ziad Guéliz  
Marrakech - Tél : 05 24 42 04 44

Date de consultation : 05/11/2020

Nom et prénom du malade : Boussetta Halime Age : 77ans

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

Nature de la maladie : Polyarthrose

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Marrakech

Signature de l'adhérent : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-508399

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Boussetta

Total des frais engagés : 1363,80



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
05/11/2020	Cg		270.000	INP : 102 4680 Abdelhak <b>Dr. AIT BENAROUJ</b> <b>RHUMATOLOGUE</b> 23, Résidence AKANSSOUS Apt. 11, Rue Tankou Ziad Gu Tel : 05 24 42 05

attestant le Paiement des Actes :

INP : 021458090

**Dr. AIT BENAROUJ**  
**RHUMATOLOGUE**  
23, Résidence AKANSSOUS  
Appt. 11, Rue Tarkenton Ziad Guelliz  
Marrakech - Tél : 05 24 42 09 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AMILIA</b> <b>Dr. Bouchra BAGHDADI</b> 78-7D, Lot Bouamnia - Ass. 10 Marrakech Tél : 05 24 30 63 22	11/11/2020	113,80 DH
<b>I. N. P. E</b>		

**I. N. P. E**  
**072035983**

[illegible]

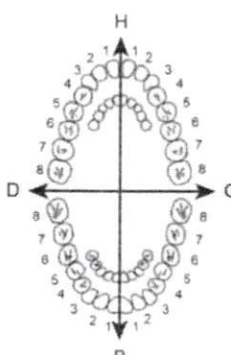
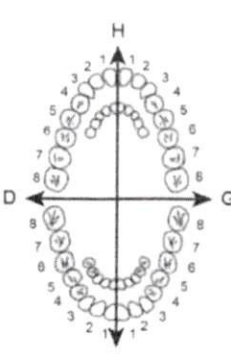
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>								
				MONTANTS DES SOINS <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>								
				DEBUT D'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>								
				FIN D'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
					DATE DU DEVIS <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>							
					DATE DE L'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></span>							

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			C
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Abdellatif AIT BENARROU

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies

des Os, des Articulations, des muscles  
de la colonne vertébrale (Sclatigue)

Ostéoporose

Ex. chef de Service de Rhumatologie  
à l'Hôpital Ibn Zohr (Marrakech)

INPE : 071084255

الدكتور عبد اللطيف أيت بنعرو

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

العنق، الظهر

هشاشة العظام

رئيس سابق بمصلحة الروماتيزم

بمستشفى ابن زهر (الممونية)

Marrakech, le : 05 NOV. 2020

BOUSSETTA HALINA

1/ Piroxicam 300 (x 5 j)

149.18 x 3 Gelule h. le soir

2/ Curanti forte (x 5 j)

3/ Acp h. a midi

4/ Newflex gel 1h avant

5/ Doliprane 1g.

6/ Acp x 32 (x 2 j)

Dr. AIT BENARROU Abdellatif  
RHUMATOLOGUE

23, Résidence Akanssous Appt. N° 11 Rue Tarik Ibn Ziad (قرب مقهى الزهور) - جليز - مراكش


Tél. : 05 24 42 04 44

Marrakech - Tél. : 05 24 42 04 44



*M 3 min*

**PIASCLELINE® 300MG**  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



118001 072644

**PIASCLELINE® 300MG**  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

**PIASCLELINE® 300MG**  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PPC : 149,50 DH

**curarti forte®**  
comprimé

Lot : 305046  
À consommer de 04/2023  
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

**curarti forte®**  
comprimé

Lot : 305046  
À consommer de 04/2023  
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

**curarti forte®**  
comprimé

Lot : 305046  
À consommer de 04/2023  
préférence avant le :

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany



01/24

**LOT** 127

**MFD** 02/20

**ISOPHARM**  
NEWLEY MARLBORO  
85.50 DH

# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable  
PARACÉTAMOL

Prenez cette notice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce médicament est à prendre sur ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes. Toutefois, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent pour obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de plus d'informations et de conseils, adressez vous à votre médecin ou à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

Doliprane 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : l'acide citrique, le mannitol, le saccharine sodique, le laurylsulfate de sodium, la povidone, le sodium anhydre, la leucine, l'arôme orange.

## 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT À QUOI SERT-IL ?

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.

- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

