

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

- 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.

N° W19-508399

49019

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00372

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boussetta Halime

Date de naissance :

01/01/1943

Adresse :

Assif C N° 319

Tél. :

0661208926

Total des frais engagés :

13.63,80

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2020

Nom et prénom du malade : Boussetta Halime

Lien de parenté :

Lui-même

Célibataire

Age: 76
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'adjudicataire 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



VOLET ADHÉRENT

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 : 13.63,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. Bouchra BAGHDAD 75-7D, Lot Bouamna - Ass. Marrakech Tél: 05 24 30 63 22</p> <p>I. N. P. E 022035903</p>	<p>05/11/2020</p>	<p>1113,80 Dhs</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Abdellatif AIT BENARROU

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies

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

Ostéoporose

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

INPE : 071084255

الدكتور عبد اللطيف أيت بنعرو
اختصاصي في أمراض المروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل
الزلات، العنق، الظهر
شاشة العظام
رئيس سابق بمصلحة الروماتيزم
في ابن زهر (المامونية)
بمستشفي ابن زهر

Marrakech, le : 05 NOV. 2020

1880093 BOUSETTA HALINA

1) Piante le hanche 300 A.S. (25 min)

149.00000000000001 gel hanche 1000 g pour le dosage

2) Curanti forte A.S. (25 min)

2) Crème A.S. pour le dosage

3) Nourflex gel hanche 1000 g pour le dosage

4) Poliprone. 1000 g

111380 1 Crème 72. (m. Hanche)

طارق بن زياد (قرب مقهى الزهور) - جليز - مراكش

23, Résidence Akanssous Appt. N° 11 Rue Tarik Ibn Ziad (près du Café Zohour) Guéliz Marrakech

Tél. : 05 24 42 04 44 - Tél. : 05 24 42 04 44

Dr. AIT BENARROU Abdellatif
RHUMATOLOGUE
Résidence Akanssous
23, Rue Tarik Ibn Ziad
Guéliz Marrakech

M 3 mois



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



Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable

PARACÉTAMOL

15,90

P Y 1 5 D H 8 0
0 9 / 2 3
1 2 7 1

1 8000 040361



8 comprimés effervescents sécables
PARACÉTAMOL
Doliprane 1000 mg

Indication : pour soulager les douleurs et/ou la 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, COMPRIME 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.

