

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

éducation :

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

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

Nº P19- 064865

ND: 140328

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10510

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZZUA EL ARABE CHOICRY

Date de naissance : 24/09/1955

Adresse : 7 PASSAGE IBN GHARI TESS 1 BERRECHID

Tél. : 0664 297894

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhadi EL KIHAL
Médecin Généraliste
Échographie Générale
26, Bd Brahim Bourguiba Hay Ezahra
Tél. 0522 61 73 60 - BERRECHID

Date de consultation : 04/08/2020

Nom et prénom du malade : AZZUA EL ARABE CHOICRY

Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sciatalgie

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 : Berrechid

Le : 04/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/08/10 | C | Co.1 | 150,00 D.14 | DR. Al-Hilali Dr. Général Dr. Brahim Boudjedra Dr. Chihab |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie Sihama Bd. des FAR AL Wahda BERRECHID - Tél.: 0522 53 39 68 | 04/28/2020 | 113,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

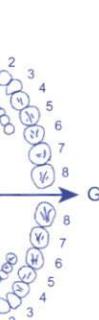
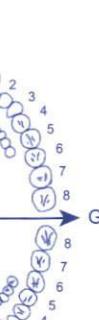
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 de

| 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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

Dr Abdelhadi EL KHAL

Médecine Générale
Suivi HTA et Diabète
Echographie - Suivi de Grossesse
Eléctro Cardiogramme



الدكتور عبدالهادي الكيحل

الطب العام

تبع مرضى السكري و الضغط الدموي
الشخص بالصدى - تبع الحمل
التخطيط الكهربائي للقلب

Berrechid, le : 04/08/2020.

برشيد، في :

Cholery As.zzehra

76,20

1/ Voltaren 75

1 - 0 - 1

37,00

2/ Duxo 1

1 - 1 - 1

T = 113,20

صيدلية سهام
Pharmacie Sittam
27, Bd. des FAR Al Wahda
BERRECHID -
Tel.: 0522 53 39 68

Dr. Abdelhadi EL KHAL
Médecin Généraliste
Echographie Générale
26, Bd Ibrahim Roudani, Hay Zahra
Tel: 0522 51 73 60 - BERRECHID

26, شارع إبراهيم الرو丹ى، حي الزهرة، الطابق الس资料 - برشيد - الهاتف: 05 22 51 73 60
26, BD Ibrahim Roudani, Hay Zahra - Rez de Chaussée - Berrechid - Tél: 05 22 51 73 60

DUOXOL® 500 mg/2 mg
Comprimé
Boîte de 20
Paracétamol - Thiocolchicoside

- 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 :

| | |
|--|----------------------|
| Paracétamol..... | 500 mg |
| Thiocolchicoside..... | 2 mg |
| Excipients : | q.s.p.... 1 comprimé |
| Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose. | |

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter la prise de plusieurs médicaments contenant du paracétamol, il convient de vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.

chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.

à éventuellement réajuster la posologie.
ment gastrique.

ments excédant 7 jours.

ANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

t contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de
in lactose.

s chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez

INTERACTIONS :

ONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER
MENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.
phénicol.

aux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage
de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.



DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés



6 118 000 120735

S
DUO
En cas d'
Examen
La prise
de la glycémie pour la mesure de la glucose oxydase-peroxydase.