

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 151501

Société : R.A.M 172066

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AOUAIS Abdellah

Date de naissance : 04/04/1966

Adresse : Village Jeunesse

Tél. : 06 22 20 45 45 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhakim BOUABID  
Spécialiste O.R.I  
Chirurgie Cervico Faciale  
Tél : 05 22 32 64 60

Date de consultation : 03/08/2023

Nom et prénom du malade : El Aouais Abdellah Age : 57ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vertige

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

EL AOUAIS Abdellah

### 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
03/08/23	a. Nauzeur es ventilateur		200 DH	Dr. Abdelhamid BOUABID Spécialiste O.R.L Chirurgie Cervico Faciale Tel : 05 22 32 64 60
			300 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA BLOC UN au 1er étage Tél : 05 22 53 20 83	03/08/23	113,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. H. P. E.			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

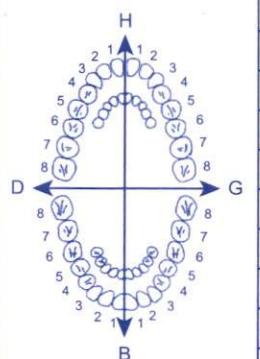
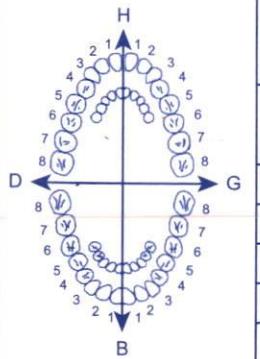
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 l'ODF.

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	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000	B 35533411		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

**Docteur  
BOUABID Abdelhakim**



**الدكتور  
بوعبيدي عبد الحكيم**

**Spécialiste en ORL et Chirurgie  
CERVICO - FACIALE  
Exploration Endoscopique  
Exploration Vertige et Surdité**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن  
و الحجرة و الوجه و العنق  
إختبارات الدوخة و و ظائف السمع  
الفحص بالمنظار و المجهز

**INPE : 061126140**

Berrechid le : **03/08/2023**

**Facture N° : 3981/2023**

Nom et Prénom : **Monsieur ELAOUAD ABDELLAH**

Manoeuvres vestibulaires	300
<u>**total général</u>	300

Arrêté la présente facture à : TROIS CENT DH.



**Docteur  
BOUABID Abdelhakim**



الدكتور  
**بوعبيد عبد الحكيم**

Spécialiste en ORL et Chirurgie  
CERVICO - FACIALE  
Exploration Endoscopique  
Exploration Vertige et Surdité

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن  
و الحجرة و الوجه و العقدة  
اختبارات الدوخة و ظائف السمع  
الفحص بالمنظار و العجهر

INPE : 061126140

Berrechid le : 03. 08. 2023

ELAOUAD Abdellah

50.10

Tenguel

(سماع)



63.20

stresau

1er. 31 ج ١٢



113.30

1er. 31 ج ١٢

Dr. BOUABID Abdelhakim  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
Pharmacie principale Déroura  
Bloc U N° 607  
Tel : 05 22 53 20 83



# Stresam®

CHLORHYDRATE D'ETIFOXINE

Lot : 3694  
Mfg: 11 2022  
EXP.: 11 2025  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

## Veuillez lire attentivement ce médicament car elle contient des

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que STRESAM, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre STRESAM, gélule ?
3. Comment prendre STRESAM, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver STRESAM, gélule ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE STRESAM, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANXIOLYTIQUE - code ATC : N05BX03.

## Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé pour diminuer les diverses réactions émotionnelles et corporelles qui accompagnent l'anxiété.

