

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

## Informations 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.

## Pathologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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  
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



90689

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015592

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12434 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Zineb BENCHEROUN Date de naissance : 17.9.85  
Adresse : 10bis Rue Abou Inane Hassan Rabat  
Tél : 06 41 61 2484 Total des frais engagés : 567,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2021  
Nom et prénom du malade : Benchekrou Zineb Age : 36 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Gastro enterite  
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 : Rabat Le : 21/10/21  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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

DR EL MUSTAPHA REZOU  
MEDECIN GENE RALISTE  
Tél.: 05 37 58 16 71

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur

Date

Montant de la Facture

167,80

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

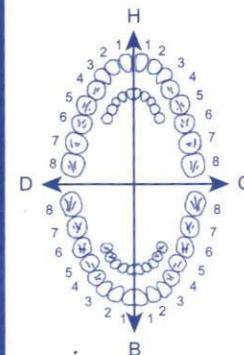
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

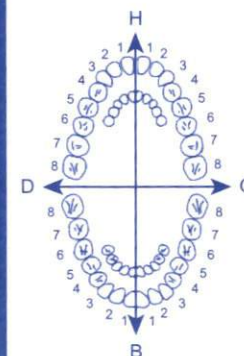
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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







# SOS MEDECIN

ASSISTANCE URGENCE INTERNATIONALE

Rabat, le 21/10/21

## CERTIFICAT MEDICAL

Le 21/10/21

Je soussigné DR EL MOSTAPHA REZQ certifie que l'état de santé  
de : MEDECIN GENE RALISTE  
Benchekroun Zineb Tél.: 05 37 58 16 71

1- Nécessite un arrêt de travail de 02 jours.  
sauf complications du 21/10/21 au 22/10/21

2- Nécessite une dispense sportive de                      jours.  
sauf complications du                      au                     

3- Nécessite une absence                     

Signature



0537 73 73 76

RÉGULATION MÉDICALE

24H/24H

Siège : 256 rue mustapha el maani casablanca

web : [www.sosmedecinrabat.com](http://www.sosmedecinrabat.com)

Bureau Rabat : 23 AV CONGO N 7 Rabat

Email : [contact@sosmedecinrabat.com](mailto:contact@sosmedecinrabat.com)

# Ineso

ésoméprazole

mg

20

Inhibiteur de pompe à protons  
Diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac



7 gélules  
Microgranules  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

LOT: M0532  
PER: 04/2023  
PPU: 39,00 DH

Fabrique par :  
**Laboratoires Deva Pharmaceutique**  
J. OUADI Pharmacien Responsable  
145-147 Zone Industrielle Tét Melli - Casablanca



20  
م.ج

7 كسولات

أ.ب.و  
أزموتيزول

AC2-00089/01



**Spasfon-Lyoc** 80 mg  
10 LYOPHILISATS ORAUX  
ORAL LYOPHILISATES  
phloroglucinol



**Lire attentivement la notice.**

**Composition :** phloroglucinol hydraté 80.00 mg, quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62,25 mg pour un lyophilisat oral.

**Voie orale**  
Oral route

**Spasfon-Lyoc®**  
phloroglucinol

**80 mg**

*Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.*  
*Spasmodic pain arising from the intestine, biliary tract, bladder and uterus.*

Carefully read enclosed leaflet.

**Composition:** hydrated phloroglucinol 80.00 mg, corresponding amount of anhydrous phloroglucinol 62.25 mg per oral lyophilisate.

Médicament autorisé n°  
French MA n°



\* 3367215 \*

**Spasfon-Lyoc** 80 mg  
10 LYOPHILISATS ORAUX  
ORAL LYOPHILISATES  
phloroglucinol



**Spasfon-Lyoc** 80 mg  
10 LYOPHILISATS ORAUX  
ORAL LYOPHILISATES  
phloroglucinol

Fabrique par/  
Manufactured by  
Gallen LPS  
22 rue Edmé Laborde  
58000 Nevers, France  
Pour/For  
Acino France SAS  
76-78, Avenue du Midi  
63800 Courmon d'Auvergne  
France

PPV : 19.50 DH  
AMM N° 427/15 DMP2/INRQ  
6 118001 271092

LOT N2939  
MFG 25-11-2020  
EXP 11-2023

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**  
Keep out of reach and sight of children



Tenir  
à température  
≤ +30°C  
Do not store  
above +30°C



Tenir à l'abri  
de l'humidité  
Store away  
from humidity

Voie orale/Oral route



7 640153 082824

Liste II - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites  
إحترم المقادير المعينة

AMM : 201DMP/21/NNP

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable  
21, Rue des Asphodèles, Maarif, Casablanca - Maroc

Nauselium 10mg  
Boîte de 20 comprimés



A16422

Composition :

Dompéridone.....10 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose

التركيب :

دومبيريدون.....10 ملغ

سواغ كمية كافية.....لقراص واحد

سواغ ذات تأثير معلوم : لاکتوز

48x20x95

20 comprimés

Nauselium® 10 mg

Nauselium®

Dompéridone

10 mg

LOT : 9261  
UT. AV : 06-24  
P.P.V : 29 DH 00



20 comprimés  
Voie orale

Voie orale

LABORATOIRES PHARMA 5  
مختبرات فارما 5