

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

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.

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 BENCHERKAW 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 :

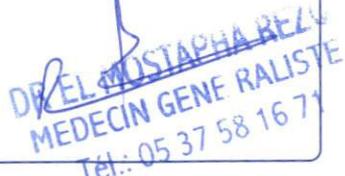
Date de consultation : 21 / 10 / 2021
 Nom et prénom du malade : Bencherkaw Zineb Age : 36 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Gastro enterite
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer 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
			400,00	 DR EL MUSTAPHA REZU MEDECIN GENE RALISTE Tél.: 05 37 58 16 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 GRANDE PHARMACIE PLACE PIETRI 17, Rue Abou Faris El Merini Rabat - Tel.: 05 37 70 91 48 INP: 102000072	21/10/2021	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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

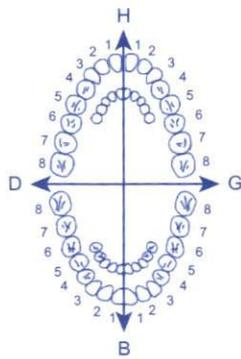
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Montants des Soins <input type="text"/>														
		Date du Devis <input type="text"/>														
		Date de l'Execution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SOS MEDECIN

ASSISTANCE URGENCE INTERNATIONALE

Rabat, le 21/10/2024

1 - Zineb Benchekeou

1) Flagyl 2500 At 7j ✓ 49,80



2) Nausid 29,00

3) Spasfon 807 400 19,10

4) Imodium 30,10

5) Imeso 207 39,00

LA GRANDE PHARMACIE
PLACE PIETRI
17, Rue Abou Faris El Marini
Rabat - Tél: 70.91.48
LOT: 21E007
PER: 06/2025



DR EL MOSTAPHA HEZ
MEDECIN GENE RABAT
Tel: 05 37 5 16 16

0537 73 73 76

RÉGULATION MÉDICALE

24H/24H

Siège : 256 rue mustapha el maani casablanca

web : www.sosmedecinrabat.com

Bureau Rabat : 23 AV CONGO N 7 Rabat

Email : contact@sosmedecinrabat.com

T = 167,80

Rabat, le 21/10/21

CERTIFICAT MEDICAL

Le 21/10/21

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

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 _____

UR EL MOSTAPHA REZQ
MEDECIN GENE RALISTE
Tél: 05 37 58 16 71
Signature

AC2-00089/01

7 گسولت

20 ملج

انزومترازول

أبزو

Fabrique par :
Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable
145-147 Zone Industrielle Tâ Mellil - Casablanca



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

7 gélules
Microgranules
gastro-
résistants
Par voie orale



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

esoméprazole

Ineso

mg

20

20987 - 1316

Lire attentivement la notice.

Composition : phloroglucinol hydraté 80,00 mg, quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62,25 mg pour un lyophilisat oral.

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 *



Voie orale
Oral route

Spasfon-Lyoc®

phloroglucinol

10 LYOPHILISATS ORAUX
ORAL LYOPHILISATES

80 mg

phloroglucinol
Spasfon-Lyoc 80 mg
10 LYOPHILISATS ORAUX
ORAL LYOPHILISATES

phloroglucinol
Spasfon-Lyoc 80 mg
10 LYOPHILISATS ORAUX
ORAL LYOPHILISATES

Spasfon-Lyoc 80 mg
phloroglucinol
10 LYOPHILISATS ORAUX
ORAL LYOPHILISATES

Pour/For
Acino France SAS
76-78, Avenue du Midi
63800 Courmon d'Auvergne
France

Fabrique par/
Manufactured by
Gallen PS
22 rue Edme Laborde
58000 Nevers, France

5000884

PPV : 19,50 DH
AMM N° 427/15 DMP2/INRQ
6 118001 271092

LOT M2939
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 l'abri 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

48x20x95

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

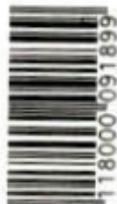
Liste II - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
إحترم المقادير المعينة

AMM : 201DMP/21/NNP

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

Nauselium 10mg
Boîte de 20 comprimés



A16422

20 comprimés

Nauselium[®] 10 mg

Nauselium[®]

Dompéridone

10 mg

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

Asvati
Nasiri

20 comprimés
Voie orale



Voie orale