

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 : adhésion@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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

AS636com12

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 4180 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : KHNATI TOURIAS

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0660598583 Total des frais engagés : 945,50

Cadre réservé au Médecin

Dr. SEFRAOUI Farid
Gastro - Entérologue
Bloc 1, N° 55 Av. Mouquaouama
Q.I. Les Abattoirs - AGADIR
(en face café home)
Tél: 0528823632 GSM: 0691472149

Date de consultation : 14/3/2023

Nom et prénom du malade : KHNATI TOURIAS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Gestule

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 06 AVR. 2023

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-767169

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par 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
14/3/23	C ₂	1	G	INP : 041122135 Dr. SEFRAOUI Faïd Gastro Entérologue Bloc 1, N° 55 Av. Mouquauouama Q.T. Les Abattoirs AGADIR (en face café home) Tél: 0528823632 GSM: 0691472149

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAKIM DAKHLA AGADIR 1042, Dr. HAKIM DAKHLA AGADIR Tél: 05 28 23 83 83 INPE : 042025063	27/03/2023	545,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. M. A. B. Radiologue 26 rue de la Paix, 62100 Arras Tél : 0328 82 82 02 Fax : 0328 82 82 02	14/03/23	B 300	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 HONORAIRÉS

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged in a pattern: the top row has 1, 2, 1, 2, 3, 4, 2, 1, 2, 3; the second row has 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12; the third row has 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13; the fourth row has 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; the fifth row has 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15; the sixth row has 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16; the seventh row has 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17; the eighth row has 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18; the ninth row has 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19; and the bottom row has 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. A central circle contains the letter 'H'. The grid is bounded by a vertical line on the left labeled 'D' and a vertical line on the right labeled 'G'. The top horizontal line is labeled 'H' and the bottom horizontal line is labeled with a square symbol.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN A

Docteur SEFRAOUI Farid

- Spécialiste de l'Appareil/ Digestif
- Diplômé de la Faculté de Médecine Dijon (France)
- Ancien Médecin Chef de service Médecine interne



الدكتور الصفروي فريد

- اختصاصي في الجهاز الهضمي
- دبلوم كلية الطب ديجون (فرنسا)
- سابق رئيس قسم الطب الباطني
- العضل الاجتماعي أكادير

PHARMACIE FA
Dr. EX. HAKIM MEHDI
1042, EX. Dakhla AGADIR
Tél: 05 28 23 83 83
INPE : 042028068

17/3/23

PHARMACIE FA
Dr. HAKIM MEHDI
1042, EX. Dakhla AGADIR
Tél: 05 28 23 83 83
INPE : 042028068

KH NATI TOURIA

216.00

- En 2g l 40,-

le 28 SV

1 gal 1. le natu
| SV

290.00

- u 3 l

1 gal 1. le natu

59.50

A l'heure de 50.16,-

545.50

Dr. SEFRAOUI Farid

Gastro - Entérologue
Bloc 1 N° 55 Av. Mouquaouama

Q1. Les Abattoirs - AGADIR

بلوك 1 رقم 55 شارع المقاومة المعلم

Q1. Les Abattoirs - AGADIR (en face café HOME)

Tél: 0528 823 632 GSM: 0691 472 149

بلوك 1 رقم 55 شارع المقاومة المعلم
Q1. Les Abattoirs - AGADIR (en face café HOME)
Bloc 1 N°55 Av. Mouquaouama Q1. Les Abattoirs - AGADIR (en face café HOME)
Tél. : 0528 823 632 - Gsm : 0691 472 149

وحدات حبوبية مقاومة للعصارة المعدية

عن طريق الفم

28

كبسولة

إزومبرازول

أرجو

®

40
ملغ



PHARMAX 5

LOT : 5426
UT. AV : 12-24
P.P.V : 216 DH 00

Probiotiques Complément alimentaire

30 gélules

IB.

Distribué par :
Laboratoire
ANESS PHARMA
Lot N°67 Zone
Industrielle Sahel Had
Soualem, Maroc

Autorisation Ministérielle N° :

DA209171704245DMP/20UCA/MAV2

PPC : 270,00 DH

Chaque gélule contient :

13.1 souches de probiotiques*	150 mg
Maltodextrine	187.1 mg
Stéarate de magnésium (E-470b)	3,4 mg

Constituants de la gélule :

Hydroxypropylméthylcellulose (E-464).

* Trois souches différentes :

Lactobacillus plantarum (CECT 7484), *Lactobacillus plantarum* (CECT 7485) et *Pediococcus acidilactici* (CECT 7483).

Dose journalière recommandée et mode d'emploi : 1 gélule par jour au moment du repas.

Limites d'utilisation ou contre-indications : Ne pas utiliser ce produit en cas d'hypersensibilité à l'un des composants. La prise des probiotiques n'est pas recommandée chez les personnes sévèrement immunodéprimées. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain. Conserver dans un endroit frais et sec à l'abri de la lumière et à une température inférieure à 25°C. Conserver hors de la portée des enfants. Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.

Fabriqué par :

ALIFARM S. A. Polígono Industrial
"El Xops" Nau 8, 08185 Lliçà de Vall
(Barcelone) - Espagne

Sous licence de :

AB-BIOTICS S. A.
Esade Creapolis Av. De la Torre
Blanca 57, 08172 Sant Cugat del
Valles (Barcelona) - Espagne

AB-BIOTICS

Poids net : 13,07 g



FAVORISE L'ÉQUILIBRE
DE LA FLORE INTESTINALE

Lot n° : JA086
Date d'expiration : 04/2024

ALPERIDE®

50 mg

AMISULPRIDE

POLYMEDEC

30

COMPRIMÉS SÉCABLES

VOIE ORALE

59,50

Centre Ibn Rochd d'Anatomie Pathologique et Cytodiagnostic



Biopsies, Cytologies, Frottis cervico-vaginaux, Immunohistochimie, Examens extemporanés

Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et Interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

مركز ابن رشد

لتحليل الأنسجة و الخلايا المريضة

الدكتور يوسف بوحاجب

• خريج جامعة مدريد

• طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

Agadir le, 14/03/2023

Nom & Prénom : KHINATI touria

N° Examen : 3031498

Date réponse : 16/03/2023

FACTURE N° 23/1161

Nature du prélèvement

Biopsie gastrique

Prix TTC

400,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre cents Dirhams

Signé : Dr. BOUHAJEB Youssef

INPE: 041207044

CENTRE IBN ROCHD
D'Anatomie Pathologique
Agadir - B.P. 100 - 80000 Agadir
26/1er - 26/03/2023
Tél : 0528 82 82 82 - Fax : 0528 82 84 94

شارع الحسن الثاني، عمارة أيت سوس، الطابق الثاني، أكادير -

Tél : 05 28 82 82 82 - Fax : 05 28 82 84 94 - E-mail : anapath.ibnrochd@gmail.com - ICE : 001745258000052

IF : 40148798 - Patente : 48137803 - CNSS : 8689327 - www.anapath-ibnrochd.com



Dr Youssef BOUHAJEB

- Diplômé de l'Université Autonome de Madrid
- Ancien Assistant et interne des Hôpitaux de Barcelone et Paris

الدكتور يوسف بواحاجب

• خريج جامعة مدريد

• طبيب سابق بمستشفيات برشلونة و باريس

BON D'EXAMEN

Renseignements Cliniques :

Triglycerides 260

Yodo 130 - bilirubine

Biopsie culotte + fundus

Orientation Diagnostique :

H.P ?

Antécédents Pathologiques :

Traitements Antérieurs :

Biopsies/Cytologies Antérieures N° :

CENTRE IBN ROCHD
d'Anatomie Pathologique
Av. Hassan II, Immeuble An 2
Zaouia Agadir
Tél: 0528 82 82 82 Fax: 0528 82 82 93

Type d'Opération :

Pièce Remise :(spécifier la région anatomique et latéralité) :

DDR : Ménopause : Thérapie hormonale :

N° D'enfant(s) : N° d'Avortements :

Le : 14/3/23

Signature et cachet du Médecin traitant

Dr SEBBAGH M'hamed
Gastro-Entérologue
Bloc 1, N° 55 Av. Mouquahama
Q.P. Les Abattoirs - AGADIR
(en face café Home)
Tél: 0528823632 GSM: 0691472149

Partie réservée au médecin traitant

Médecin traitant :

Nom et Prénom du patient :

Sexe : M F

Date de naissance : / / 1954

SA
KHATTI
TOURAT

1954