

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05649

Société : RAM RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABENAR

Mohammed

Date de naissance : 10-12-59

Adresse : 10T 43 HAY ERRAÏTA BERRECHID

Tél. : 06 67 30 8605

Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2023

Nom et prénom du malade : Abenar Mohammed

Age : 1959

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ajat

imha

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

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
25/11/23	G	-	150 DH	<i>DR. RACHID BEN RECHID</i> Médecin Gé. Echographie 05223232 A125

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
VIA SERVICES Tel : 05 22 32 47 24 viaservicess@gmail.com	25.11.23	ICE.00218075631144 948 dhs. Vnr facture
PHARMACIE DU SOUK BEAUCHAMP SARL D. Berrachid, Abdallah Hassan, Berrachid Tél: 0522 33 71 A1 B.P. Chechaouen 062054564	25.11.23	75,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RACHIDI Imane

Médecine Générale

Echographie Générale

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Montpellier - France



الدكتورة رشيدية إيمان

الطب العام

الفحص بالصدى

دبلوم من كلية الطب
مونبلي - فرنسا

25_11_23

Berrechid, le :

برشيد، في :

1 - **VIA SERVICES**
Tél: 05 22 32 47 24
viaservices@gmail.com

Abenor
Moula mmed.
Colo 800 ml.

2 - loperium
22.90 180 x 24 -

3 - Brogost 52.80 Cste (h)

~~52.80~~ 25.70 180 / m -

PHARMACIE DU SOUK BERRECHID
Dr BENJAA Abdellah SARL AU
Bd. Chichaoua Hay Hassani Berrechid
Tél: 05 22 33 71 41
INPI: 06 20 54 56 4

Dr. RACHIDI Imane
Médecin Gle. - Echographie
- BERRECHID
Tél: 05 22 32 47 26

05 22 32 47 26 , شارع إدريس الحريزي الحسني - برشيد - الهاتف :

554 , Boulevard Idriss Lahrizi Hay El Hassani - Berrechid - Tél : 05 22 32 47 26

LOPERIUM®

Lopéramide

Néanmoins,
Ce médicam-
possible pen

PRESENTATION

LOPERIUM : gélule blanche ; boîte de 20

MODE D'EM
Les gélules s
avalées avec

COMPOSITION

	Par gélule	Par boîte
Lopéramide (DCI) Chlorhydrate	2 mg	40 mg

INDICATIONS

C'est un antidiarrhéique qui agit en ralentissant le transit intestinal et en réduisant les sécrétions intestinales.

Il est utilisé dans le traitement symptomatique des diarrhées.

Posologie

- Adulte

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- crise aiguë de rectocolite hémorragique,
- enfant de moins de 8 ans.

ATTENTION

Des précautions sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique.

Ce médicament n'est pas adapté au traitement des diarrhées dues à certains antibiotiques.

Une diarrhée qui s'accompagne de torpeur, de soif, de fièvre ou de sang dans les selles nécessite rapidement un avis médical. Le traitement doit être arrêté dès que les selles recommencent à être formées. L'usage trop prolongé du médicament expose à un risque de constipation important.

Si vous devez conduire, ou utiliser une machine dangereuse, assurez-vous préalablement que ce médicament n'altère pas votre vigilance.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les études actuellement disponibles n'ont pas mis en évidence de risque pour la femme enceinte ou pour l'enfant. Cependant, il est recommandé de faire appel à un avis médical.

blème
einte.

PPV: 22DH90
PER: 10/26
LOT: M3500



PROGAST 20 mg

Oméprazole

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Oméprazole (DCI)	20 mg
Excipients : Saccharose/Amidon de maïs, Mannitol, Carboxymethylamidon sodique, Laurylsulfate de sodium, Povidone, Hypromellose, Phtalate de hypromellose, Huile de Soja et Talc. qsp	1 gélule

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants
- Boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

- Antiulcéreux.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Les indications thérapeutiques de la spécialité pharmaceutique PROGAST 20 mg Microgranules gastrorésistants en gélule, seront limitées à :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcérale symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- - Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant de plus de 1 an et de poids ≥ 10 kg :

- Oesophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Progast 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• Oesophagite par reflux

- 1 gr

• Trai

stéroi

- 1 gé

• Trai

toires

- 1 gé

PPV : 52DH80

PER : 04/24

LOT : K3638-5

