

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **12 084**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AZIZ ROUHI

Date de naissance : **06.11.1975**

Adresse : **AV.HASSAN 2 RES. MAHAG CENTRALE IMM. A2
APPT 2 SALA ALJADIDA**

Tél. : **0602099737** Total des frais engagés : **746,7** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04.12.2023**

Nom et prénom du malade : **Hana Abouyacoub** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Gravité a côte a l'hydramie.**

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 : **RABAT**

Le : **11/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé	Cachet et signature du Médecin des Honoraires et le Paiement des Actes
Dr. Chahinez BENDIDA 0537 SAL AL JADIDA Echographie 0537 SAL AL JADIDA Radiologie			
08/12/23	200 DHT	200	Dr. Chahinez BENDIDA
Date			
Dr. Chahinez BENDIDA 0537 SAL AL JADIDA Echographie 0537 SAL AL JADIDA Radiologie			
04/12/23	2531,00	2531,00	Dr. Chahinez BENDIDA
11/12/23	293,70	293,70	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMA Lor Sal			

VIOLET ADHERENT

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'O.D.F.					
SOINS DENTAIRES O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXÉCUTION
					FIN D'EXÉCUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES					
	H 255-33412 2143353 0000000 0000000 D 0000000 0000000 355-33411 1143353 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapie Usuelle, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

CABINET DE MEDECINE GENERALE

Consultations et Echographie Général adultes et Enfants

Docteur Chahinaze BENDIDA

Medecine Générale
Diplomée en Echographie
Agrée pour la visite médical
du permis de conduire

~~~~~

## ORDONNANCE

Sala Al jadida  
TEL : 0537533151  
INP: 101218162

A.....

601112/23

**Hana ABOUJAAFAR**

SALA AL JADIDA le Lundi 4 Décembre 2023

100,00

RAZON 40 B/28

1 Comprimé le matin TRT 14 JOURS

99,00

PROBIOSTIM

1 le matin TRT 10 JOURS

54,00

DUSPATALIN 200MG GELULE 30

1 Gélule le matin, le midi et le soir

253,00

PHARMACIE  
SALA AL JADIDA  
Lot 0131 INP 102357 6677

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V : 54DH00  
LOT : 23E001V  
PER.03/2025  
6 118000 010531

Dr. Chahinez BENDIDA  
Médecin Généraliste - Echographie  
Res. Al Khair, Appr. 1 - Ecopna  
SALA AL JADIDA  
0537 53 31 51-0531 53 31 43

# ORDONNANCE

A. S. AXE le 08/12/83

Dr. Chahinez BT  
Médecin Généraliste - Echographie  
Rés. Al SALA AL JADIDA 06 15 400 421  
Tél. 0537 53 31 55

ABU JAR FAR. HANA

Alys 25 ans P16°  
hypothyroïdie ur envir

Nigraix = Sims (Nigraix)  
hyp en cas de crise

ou renouveler 65

INPE 102 087 667  
Série 287 N° 3377  
Dr. YLMC NI NEZNA  
PHARMACEUTIQUE ARZ  
Le 11/12/83 à 22h00  
Dr. Chahinez BT  
Médecin Généraliste - Echographie  
Rés. Al SALA AL JADIDA 06 15 400 421

بيانات بين دينار  
لـ - الإيكو غراي  
Dr. Chahinez BT  
Médecin Généraliste -  
Rés. Al SALA AL JADIDA 06 15 400 421  
Tél. 0537 53 31 55

**RAZON®** 40 mg

14 Comprimés enrobés  
gastro-résistants

LOT : 627

PER : 11/25

PPV : 100,00 DH



6

118000 140726

دازون 40

باتوبرازول 40 مغ

قرصاً ملبيساً مقاوماً

لأمعانة المعدة

14

# بروباستيم

## نصالح الاستعمال

## INDICATIONS FOR USE

- Probiostim® recommended for children over 12 months and adults : 1 to 2 sachets per day. The content of the sachet is to be taken with a cold drink (milk or juice) preferably during meals. It is recommended to take Probiostim® for several times a year.

## CONSEILS D'UTILISATION

- Probiostim® conseillé à l'enfant de plus de 12 mois et à l'adulte : 1 à 2 sachets par jour. Le contenu du sachet est à prendre avec une boisson froide (lait ou jus) de préférence pendant les repas. Il est recommandé de prendre Probiostim® plusieurs fois dans l'année.

بروباستيم مكمل غذائي يحسن صحة الأمعاء ويساعد في علاج التهاب المعدة والقولون.

## تحذيرات الاستعمال

## PRECAUTIONS FOR USE

- For more information, please refer to the package leaflet. Keep out of the sight and reach of the children.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la notice. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

## CONDITIONS DE CONSERVATION

- Probiostim® doit être conservé dans un endroit sec et frais. Conserver à une température inférieure à 25°C dans l'emballage d'origine. A consommer de préférence avant la date limite d'utilisation optimale indiquée sur l'emballage.

## STORAGE CONDITIONS

- Probiostim® should be kept somewhere cool and dry. Store below 25°C, in the original packaging. Use at best before the optimal deadline indicated on the package.

## طريقة الحفظ

- يجب حفظ بروباستيم في مكان بارد وجاف.

## تحذيرات من المحتويات

- محدد من المحتويات، المرجواه الرجوع إلى المطرد.

## بعد انتهاء الصلاحية

- يُ丟لَّ بعد انتهاء الصلاحية المحدد على العلبة.

## بروباستيم

- بروباستيم مكمل غذائي وليس دواء.



COOPER PHARMA

PPC: 99,00 DH

# ALYSE® 25 mg

PRÉGABALINE  
GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

Lot.: 23B820

Exp.: 02.2026

PPV: 136DH50

bottu JA

© Allerion - Sanofi - Genpharma



5 . ٥

6 . ٦

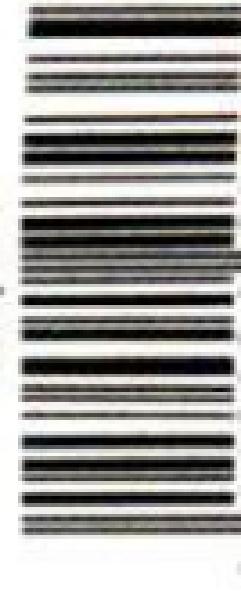
میگریکس  
Migrix

دوستیات  
دوستیات دارماهیان

دوستیات  
دوستیات دارماهیان

Migrix® 5 mg O -

Benzoate de rizatriptan  
1 comprimido



Lot N°: 0205742  
Fab : 27/09/22  
Per : 09/2025  
PPV : 157,20

