

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0053761

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

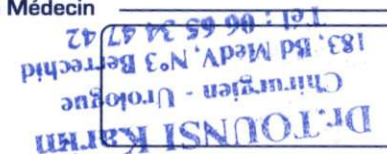
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12339 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAQRACHLI MOHAMMED
Date de naissance : 10-03-1961
Adresse : Layali II IMM 20 APPT 05 Berrechid
Tél. : 0671134175 Total des frais engagés : 596,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GUAROVANT Nabila Age: /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie Urologique

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 12/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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
22/12/23	CS	250dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Pharmacie AL IHSANE
Dr. Mahfoud LHOuari
Montant de la Facture: 20 N°12
Bd. Med V. Rés. La Gare Imm. 20 N°12
Berrechid - Tel/Fax: 06 22 32 66 79

Pharmacie AL IHSANE
Dr. Mahfoud LHOuari
Bd. Med V. Rés. La Gare Imm. 20 N°12
Berrechid - Tel/Fax: 06 22 32 66 79

22/12/23

346,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

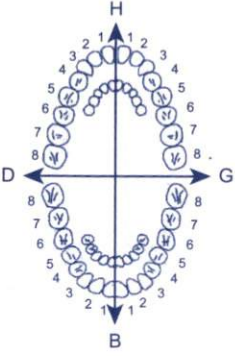
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

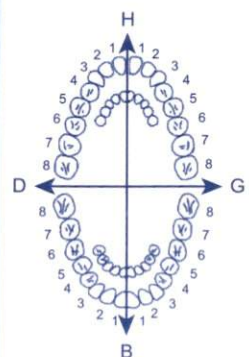
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
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

Docteur Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

Reins - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circuncision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلى والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلى المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناسلية

العقم عند الرجال

الصحة الجنسية

الختانة

برشيد في : 221.12.23 Berrechid, le :

Mme Guaraoui Malika

Ofukewong 21 of
up x 2

62,50 Urospas 21 of
up x 3

74,60 Doliprane 1g 21 of
up x 3

247,00 200 cl of 21 of
up x 1

346,10

صيدلية الإحسان
Pharmacie AL IHSANE
Dr. Mahfoud LHOARI
Bd. Med V Rés. La Gare Im 20 N° 12
Berrechid - Tél/Fax: 06 22 51 73 83

DR. KARIM TOUNSI
Urologue - N° 3 Berrechid
Tél: 06 65 14 47 42

183, شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 3 - الهاتف : 05 22 51 73 83 - برشيد

183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tél.: 05 22 51 73 83 - Berrechid

WhatsApp : 06 19 83 09 07 - E-mail : drkarimtounsi@gmail.com

PRODEFEN
Complément alimentaire

PPC : 99 Dhs

Lot : 129094
Date de Fab : 03.2023
Date de Pér : 03.2025

OFIKEN® 200 mg
Céfixime
Boîte de 16 comprimés

6 118000 022343

LOT 231963
EXP 05 25
PPV 170.00 DH

PPV 14 DH 60
PER 09/26
LOT M2916

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

AMM N° 41/19/ DMP/ZI/NRQDNM

LOT 232124
EXP 06 2026
PPV 62.50

Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés

6 118000 020653

صيدلية الإحسان
Pharmacie AL IHSANE
Dr. Mahfoud LHOUARI
Bd. Mod V Rés. La Gare Imm. 20 N°12
Berrechid - Tél/fax: 06 22 32 66 79

PRODEFEN^{*}

Complément alimentaire

I- Qu'est-ce que PRODEFEN ?

Prodefen est un complément alimentaire qui contient un mélange soluble de 7 souches de bactéries bénéfiques (aussi connues comme probiotiques) et de fructooligosaccharides.

Prodefen apporte sept souches de bactéries, y compris la souche spécifique des enfants, appelée *Bifidobacterium infantis*, qui se trouvent naturellement dans le système digestif.

Prodefen aide à rétablir l'équilibre de la flore intestinale, puisque les bactéries bénéfiques de l'organisme peuvent être affectées par des changements environnementaux et de régime alimentaire.

II- Composition :

Ingrédients : Fructooligosaccharides 958.2 mg/sachet, Souches Probiotiques* 1×10^9 UFC/sachet (voir la liste ci-dessous) :

Souches probiotiques

Lactobacillus casei PXN® 37™
Lactobacillus rhamnosus PXN® 54™
Streptococcus thermophilus PXN® 66™
Lactobacillus acidophilus PXN® 35™
Bifidobacterium breve PXN® 25™
Bifidobacterium infantis PXN® 27™
Lactobacillus bulgaricus PXN® 39™

* Il contient du soja, du lait et ses dérivés utilisés dans le processus de fermentation. La teneur en lait n'affecte pas les personnes intolérantes au lactose.
Sans gluten.

PXN est une marque déposée d'ADM (Protexin). Tous droits réservés.

