

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12339 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAZIZIA CHLI MOHAMMED

Date de naissance :

10-03-1961

Adresse :

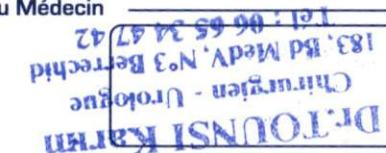
L'Ayad la 11 Imm 20 App 5 Berrichid

Tél. : 06 71 13 41 75

Total des frais engagés : 596,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GUAROVANT Delice, Age : 50

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie Maladie

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

Signature de 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
22/12/23	CS		250 dh	

ÉDITION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture: 20 N°12 Bd. Med V Res. La Gare Imm. 20 N°12 Berrechid - Tel/Fax: 06 22 32 66 79
Pharmacie AL IHSANE Dr. Mahfoud LHOUARI Bd. Med V Res. La Gare Imm. 20 N°12 Berrechid - Tel/Fax: 06 22 32 66 79	22/12 2023	366,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

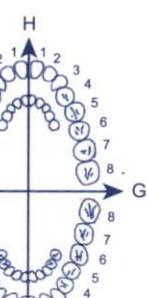
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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



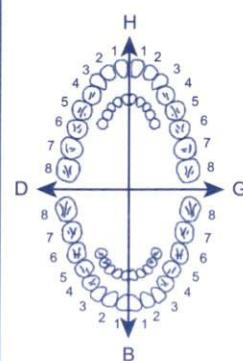
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(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 Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

Reins - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circoncision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلى والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلى المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناصالية

العقم عند الرجال

الصحة الجنسية

الختانة

Berrechid, le : 22/12/2018 برشيد في :

770,00 Mme Guaroueni Malika

* Ofekem 200mg 2x100
amp x 3 i



62,90 * Mevaspas 2x100
amp x 3 i



74,60 Doliprane 1g 8x100
amp x 3 i



+ 247,00 Proderm 100ml 2x100
amp x 1 i



346,10 صيدلية الاحسان
Pharmacie AL IHSANE



Dr. Mahfoud LHOUARI
Bd. Med V Rés. La Gare Imm. 20112
Berrechid - Tel/Fax: 06 22 32 66 79

183 Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tel.: 05 22 51 73 83 - Berrechid
WhatsApp : 06 19 83 09 07 - E-mail : drkarimtounsi@gmail.com

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

183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Tel.: 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
Remboursable AMM
6 118000 022343

LOT 231963
EXP 05 25
PPV 170.00 DH

PPV 14 DH 6.0
PER 09 / 26
LOT M 2710

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 الحسن
Pharmacie AL IHSANE
Dr. Mahfoud LHOUARI
Bd. Med V Rés. La Gare Imm. 20 N°12
Berrechid - Tel/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.

