

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0024476

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41921 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUKI YOUSSEF

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : HAY MY RACHID G.P. G.R. 11. N° 42 CAZABLANCA

Tél. : 06.63.07.27.93 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BENAOUD Hassan  
Medecin  
Herb Milan Av. 29 N° 80  
Casablanca

Date de consultation : 18/03/24

Nom et prénom du malade : CHAOUKI YOUSSEF Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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 : ..... Le : 16/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : YAF

## Adresses Mails utiles

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

### 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
18	/		200 Dhs	
3				
24				

Dr BENABOUD *Abdellah*  
Médical  
Jerb Milan Av. 29 N° 80  
Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTICAL MAALI  Hay My Rachid Gr 6 N° 45 Rue V 24 Casablanca - Tél: 0522 71 73 30	18/07/2014	425,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

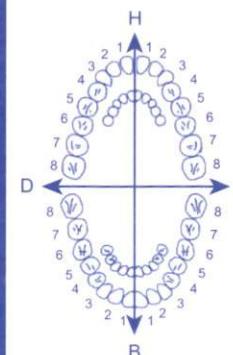
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**

# Dr. BEN ABOUD Hassan

## الدكتور حسن بن عبد

Diplôme en Médecine Générale  
Université Salamanque Espagne

DU en Echographie

DU en Diabèteologie

DU en Nutrition Diététique

Université Montpellier France

DU en Gynécologie Médicale

Université Strasbourg France

Autorisation N 4971



شهادة الطب العام

خريج جامعة سلمنكا باسبانيا

## **شهادة جامعية الفحص بالصدى**

شهادة جامعية أمراض السكر

شهادة جامعية أمراض التغذية

خريج جامعة مونبليي بفرنسا

شهادة جامعية أمراض النساء

## خريج جامعة سترايسبورغ بفرنسا

الرخصة رقم 4971

الرخصة رقم 4971

Casablanca, le : ..... 18.3.24

**PHARMACIE AL-MALLI**

Cherbourg  
You Sreb

60,00

OROY BOUD Hassan  
Dr BEY Hassan  
Jerb Milad Av. 29 No 80  
Medecin blanc

60,00

3 fur 240 / matin

7 A 25 x 500  
140 / T

7 TIPS flaker Adult.

44,20

Veetoline Gray  
2 Boîf

99,00 = 18 x 1 for  
1 g au

159,00 = Flexothide 250  
1 Boîte x 2

425,70

BENABDALLAH Hassan  
Medecin blanc  
Av. 29 No 80

A.S. A.S. A.S. A.S. A.S.

عمر بن الخطاب زقة رقم 80. الفداء - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 81 52 18 - GSM : 06 61 13 00 07  
Omar Ibn Khattab Rue 29 Nº 80, El Fida - Casablanca - Tél : 05 22 81 52 18 - GSM : 06 61 13 00 07

Lot  
EXP  
PPV

3T9Y  
06 2025  
42,20 DH



60/00



# AZIX®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 10

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitements des infections dues aux :

- infections respiratoires hautes : pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris les sinusites);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococcique.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 74 DH 50

PER: 02/27

LOT: N612



bottu s.a  
82, Allée des Casuarinas – Ain Sébaa - Casablanca  
S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

# LIXIFOR

Lot/A consommer  
de préférence avant

REF. 317MA

X1034 0927

LOT

PER

Prix

99.00



3 700221 339503

## COMPOSITION :

- Séné .....
- Radis Noir ....
- Anis Etoilé ....
- Cascara .....

## PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

## CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

## PRESENTATION :

Boite de 15 gélules.

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES  
FORTE PHARMA

"Le Patio Palace" - 41 - Av. Hector otto  
98000 - MONACO