

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) **17785**

Matricule : **4180** Société : **Car**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **KHNATI Touria**

Date de naissance : **1954**

Adresse : **Res. Ibm Sina Imm. B1/3 Appi 49 Extension Dakhla - Agadir**

Tél. : **0660598538** Total des frais engagés : **2234,80**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. SEFRAOUI Farid**
Bloc 1, 105 Agadir AGADIR 34000
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : **23**

Nom et prénom du malade : **KHNATI TOURIA**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : **Gastrique**

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : **Agadir** Le : **23/05/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **SV**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-767175

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
26/08/23	C2	1	300,00	INP : 641127035 Dr. SEFRAQUI Fatiha Généraliste - Entérologue Bloc 1, N° 55 Av. Mohammed V Q.I. Les Abattoirs - AGADIR (en face caré home) Tél: 0528823632 GSM: 0691472149

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FATEL 104, Bd. Mohammed V, AGADIR Tél: 0528823632 GSM: 0691472149 INPE: 042028068	26/08/2023	1334,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire de Biologie Médicale Tél: 0528823632 GSM: 0691472149 Fax: 0528823632 E-mail: laboelastri@gmail.com	09/09/23	3643	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

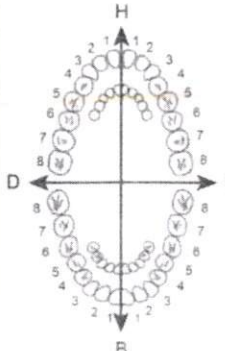
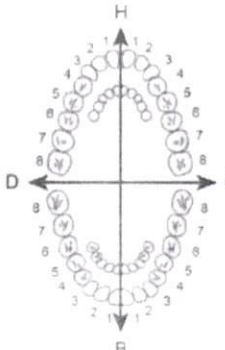
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ains

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

Docteur SEFRAOUI Farid

- Spécialiste de l'Appareil Digestif
- Diplômé de la Faculté de Médecine Dijon (France)
- Ancien Médecin Chef de service Médecine interne CNSS Agadir



الدكتور الصفراوي فريد

- اختصاصي في الجهاز الهضمي
- دبلوم كلية الطب ديجون (فرنسا)
- سابق رئيس قسم الطب الباطني
- الضمان الاجتماعي أكادير

أكادير، في 26-8-23 Agadir, le

KANATI

TOURIA -

803.00

- P, l, m



PHARMACIE FAICEL
DR. HASSAN MEHDI
1042, BOULEVARD AGADIR
Tél : 0528 82 83 83
INPE : 042028068

215.00

- 2, 3, 4



63.30

- B, l, m



38.50

- N, l, m



2334.80



Dr. SEFRAOUI Farid
Gastro - Entérologue
Bloc 1, N° 55 Av. Mouquaouama
Q.I. Les Abattoirs - AGADIR

PHARMACIE FAICEL
DR. HASSAN MEHDI
1042, BOULEVARD AGADIR
Tél : 0528 82 83 83
INPE : 042028068

بلوك 1 رقم 55 شارع المقامات الحي الصناعي البطار (أمام مقهى هوم HOME) - أكادير
Bloc 1 N°55 Av. Mouquaouama Q.I. Les Abattoirs - AGADIR (en face café HOME)
Tél. : 0528 823 632 - Gsm : 0691 472 149

Docteur SEFRAOUI Farid

- Spécialiste de l'Appareil Digestif
- Diplômé de la Faculté de Médecine Dijon (France)
- Ancien Médecin Chef de service Médecine interne CNSS Agadir



الدكتور الصفراوي فريد

- اختصاصي في الجهاز الهضمي
- دبلوم كلية الطب ديجون (فرنسا)
- سابق رئيس قسم الطب الباطني
- الضمان الاجتماعي أكادير

Agadir, le

26-8-23

أكادير، في

KANAT

TOURIA

Mot de l'homme

30,00 dh (tr: aut

dh) pour consult h...

DR. SEFRAOUI Farid
Gastro - Entérologue
Bloc 1. N° 55 Av. Mouquaouama
Q.I. Les Abattoirs - AGADIR
(en face café home)
Tél: 0528823632 Gsm: 0691472149

Code : AC2 - 00047

PPV 38DH50

EXP 09/2025
LOT 20028 2

Neutral[®]

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

Anti-Acide

Suspension buvable 250 ml

T: 220 85 1
UO: 11/20 25
ES: 30 DH

Confort intestinal



Favorise l'élimination des gaz

60 gélules
Voie orale

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Deva
Pharmaceutique
146-147, Zone Industrielle
Tt Mellil - Casablanca

120
Capsules

Combination therapy indicated for the
eradication of *Helicobacter pylori*
Daily Dosing Dispenser included

Rx only

(bismuth subcitrate potassium 140 mg,
metronidazole 125 mg, tetracycline HCl 125 mg)
PYLERA
CAPSULES

Adult Dosage: Pylera Capsules should
be taken as three (3) capsules four times
a day, after meals and at bedtime, in
conjunction with omeprazole 20mg twice
a day, for 10 days. The capsules should
be swallowed whole with a full glass of
water (8 oz.).
Each capsule contains bismuth subcitrate
potassium 140mg, metronidazole
125mg, and tetracycline hydrochloride
125mg. Inactive ingredients: Gelatin,
lactose monohydrate, magnesium
stearate, talc and titanium dioxide.
Each white opaque capsule is printed
with red ink.
Do not store above 30°C
Keep out of the sight and reach
of children.
For more information see package insert
inside.



GTIN 05016007207996
LOT 233040A
MFG 10 2022
EXP 09 2025
SN 697219156354

PYLERA® gélules
Boîte de 1 flacon de 120.
AMM N°281 DMP / 21 / NNP
PPV : 803,00 DH
Titulaire de l'AMM / Distributeur :
SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262

LOT 220447
EXP 01/2024
PPV 215.00DH

40 mg

Voie Orale
Oral route

قبل الفطور



ZÆGAS[®]
Esomeprazole

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x



COOPER
PHARMA



ZÆGAS[®]
Esomeprazole

40 mg

Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x



LOT 220448
EXP 01/2024
PPV 215.00DH

40 mg
Voie Orale
Oral route

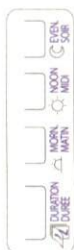


ZŒGAS®
Esomeprazole

28 x

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

 **COOPER**
PHARMA



ZŒGAS®
Esomeprazole

40 mg
Voie Orale
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

28 x

FACTURE: 20584/2023

AGADIR le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

02/09/2023
MME KHNATI TOURIYA
23I31
Docteur SEFRAOUI FARID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
BILAN LIPIDIQUE CHOT+TRI+HDL+LDL	190
Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
HELICOBACTER PYLORI. ANTIGENE DANS LES SELLES	273
Total du (B)	B 643
Prise de sang (PC)	15,00 DH
Montant en DH	600,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SIX CENT DIRHAMS

INP : 043062280
IF : 20761113
ICE : 001913045000091

Laboratoire Docteur El Asri
de Biologie Médicale
Tel : 05 28 234 235
Fax : 05 28 234 236
E-mail: laboelasri@gmail.com

ELASRI