

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-011289

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

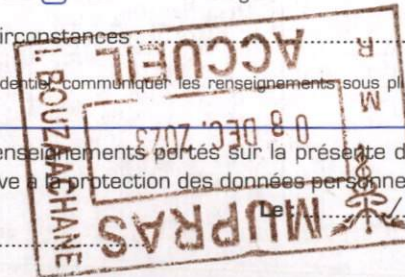
Matricule : M2389 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENZAIDOUNE ANASS
 Date de naissance : 18/05/95
 Adresse : 185955
 Tél. : 0667207844 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 8 M 2023
 Nom et prénom du malade : BENZAIDOUNE ANASS Age : AD
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer intestinal
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP n° AA-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 8.11.2023 | C | 100 | 24 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| | 11/23 | 347,80 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

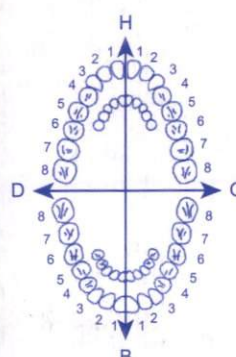
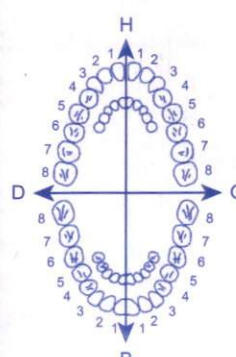
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DRIFT Hassan

Médecine Générale

Médecine des Urgences

Médecin Agrée pour la

Visite de Permis de Conduire



الدكتور الضريفي حسن

الطب العام

طب المستعجلات

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

Casablanca, Le

8.11.2023

BEN Zaidoun Wass

74,80

* spectrum

Docteur DRIFT Hassan
Médecine Générale
Médecine des Urgences
625, Bd. Mohamed V Belvédère
Tél: 05 22 24 14 90

m x 2

43,80

* FLAVYL

IDO

m x 2

98,80

* NED Rten

160

m x 3

100,00

* ENTERO

160

m x 3

24,40

* Totitum

Docteur DRIFT Hassan
Médecine Générale
Médecine des Urgences
625, Bd. Mohamed V Belvédère
Tél: 05 22 24 14 90

m x 2

347,80

* Mont

PHARMACIE ALI CONSEIL
Docteur BABA Fatiha
637, Bd. Mohamed V
Tél: 05.22.24.94.80 - Casablanca

Nauselium®

Dompéridone

10 mg

LOT : 6197
PER : 07 - 26
P.P.V : 24 DH 40

 20 comprimés
Voie orale


LABORATOIRE
PHARMAX 5
5 rue de la République

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 07/2026
LOT 33022 7

74,80
LOT: 058 / 3019
PER: 05 / 2020
P.P.V: 24 DH

LOT: 23
PER: 04
FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V : 49DH80


118000 060062

Enterogermina®

4 MILLIARDS/5 ml - 4 BILLION/5 ml

Suspension buvable/Oral suspension

Spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes
Spores of polyantibiotic-resistant *Bacillus clausii*

Composition : chaque flacon contient :

Substance active : 4 milliards de spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes (souches SIN, O/C, T, N/R).

Excipient : eau purifiée qsp 5 ml.

Enterogermina est utilisé dans :

la prévention et le traitement des troubles intestinaux tels que diarrhée, douleurs abdominales et augmentation des gaz dans l'intestin, liés à l'altération de la flore microbienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) et des carences en vitamines dans l'organisme consécutives au déséquilibre de la flore microbienne intestinale (dysvitaminoses endogènes) ;

le traitement d'appoint dans le rééquilibrage de la flore microbienne intestinale perturbée par une antibiothérapie ou une chimiothérapie ;

le traitement des maladies gastro-intestinales aiguës et chroniques du nourrisson dues à une intoxication ou une altération de l'équilibre normal de la flore microbienne intestinale se manifestant par une diarrhée, des douleurs abdominales et une augmentation des gaz dans l'intestin (dysmicrobismes intestinaux) ou à des carences en vitamines dans l'organisme (dysvitaminoses).

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Agiter le flacon avant usage.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Sanofi S.r.l.

Viale L. Bodio, 37/b

20158 Milan, ITALIE/ITALY

Fabricant/Manufacturer

Sanofi S.r.l.

Viale Europa, 11 - 21040 Origgio, ITALIE/ITALY

10 flacons de 5 ml

10 vials of 5 ml

MEDICAMENT NON SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE

MEDICINAL PRODUCT FOR SELF-MEDICATION



**Ne pas injecter
Do not inject**



Composition: each vial contains:

Active substance: 4 billion spores of polyantibiotic-resistant *Bacillus clausii* (strains SIN, O/C, T, N/R).

Excipient: purified water qsf 5 ml.

Enterogermina is used for:

the prevention and treatment of intestinal disorders related to the alteration in intestinal flora, that manifest themselves as diarrhea, abdominal pain and increase of air in the bowel (intestinal dysmicrobism), and vitamin deficiencies in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitaminosis);

coadjuvant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment with antibiotics or chemotherapy;

the treatment of acute and chronic gastro-intestinal diseases of infants caused by poisoning or alteration of the normal balance of intestinal bacterial flora, that manifest themselves as diarrhea, abdominal pain and increase of air in the bowel (intestinal dysmicrobism), or vitamin deficiencies in the organism (avitaminosis).

Method and route of administration: Orally

Shake the vial before use.

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN

Read the package insert before use.

Do not store above 30°C.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.*

Ain sebaâ Casablanca

Enterogermina 4 milliards

susp b 10 fl 5 ml

P.P.V 100,00 DH



6 118001

082216