

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0000083

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11059 Société : RAY
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bubalaheen M Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 05 55 59 96 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/08/2020
 Nom et prénom du malade : Bubalaheen M Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer

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 : Casa Le : 06/08/2020
 Signature de l'adhérent(e) : Bubalaheen M

38.377



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06/08/2020 | G | | 200 DHS | Dr. HRICH HACHID Médecine Générale Av. Oued Tansift Cité El Ghazal Tel : 05 27 19 43 43 091076893 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 06/08/2020 | 184.50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|-------------|---|--|-------------------|--|-------------------|--|---|---|-------------------|--|-------------------|--|---|--|---|
| | | | | CCEFFICIENT 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 21433552 | | 00000000 00000000 | | D | G | 00000000 00000000 | | 35533411 11433553 | | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | 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 ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشي رشيد

الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : 06/08/2020 : في الدار البيضاء

Enfant : BABALAMCEN

الدكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 27 19 43 96

85,10

FLAGYL 250mg

1cp x 3j



SPECTRUM 250mg

51.40 1cp x 2j



297.00 Nauselium 500mg

1cp x 3j



15mi avant repas

ENTEROGERMINA

1 Flacon



FEBREX enfant

19.00 1st x 3j



184.50

70j

الدكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 27 19 43 96

Flagyl 250 mg

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
A يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول

PER.:09 2024

LOT : 19E001

FLAGYL 250 MG
CP PEL B20

P.P.V : 25DH10



O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebââ
20250 Casablanca



FEBREX Infant

LOT:8426 -

UT.AV:02-23

PPV:19DH00

PHARMED LOT : 3833
UT.AV: 02/21
PPV :19DH00

A24060



Nauselium[®]

Dompéridone

29,00

1 mg/ml

Flacon de **200** ml
Suspension buvable

Voie orale

Enterogermina®

10 flacons de 5 ml
10 vials of 5 ml

2 milliards/5 ml - 2 billion/5 ml

Spores de *Bacillus clausii* polyan antibio-résistantes

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

Composition : Un flacon contient :

2 milliards de spores de *Bacillus clausii* polyan antibio-résistantes

Excipient : Eau purifiée q.s.p. 5 ml. Mode et voie d'administration: Voie orale

Agiter le flacon avant l'emploi. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

Médicament non soumis à prescription médicale

Composition: Each bottle contains:

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii* 2 billion

Excipient: purified water q.s.f. 5 ml. Method and route of administration: For oral use.

Shake the bottle before use. **KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN**

Read carefully the package insert before use.

Do not store above 30°C.

Over-the-counter medicine.

Indications thérapeutiques

Enterogermina est utilisé pour :

- la prévention et le traitement de l'altération de l'équilibre normal de la flore bactérienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) et des carences en vitamines dans l'organisme consécutives au déséquilibre de la flore bactérienne intestinale (dysvitaminoses endogènes) ;
- Le traitement d'appoint dans le rééquilibrage de la flore intestinale perturbée par une antibiothérapie ou tout autre traitement médicamenteux ;
- Le traitement des troubles digestifs aigus et chroniques survenant chez le nourrisson allaité en lien avec une intoxication, un déséquilibre de la flore microbienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) ou une carence en vitamines (dysvitaminose).

Therapeutic indications

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of the alteration of the normal balance of intestinal flora (gut microbiota) 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 flora (intestinal dysmicrobism) or vitamin deficiencies in the organism (avitaminosis).



Posologie: Adultes: 2-3 flacons par jour.

Enfants: 1-2 flacons par jour.

Nourrissons: 1-2 flacons par jour.

Prendre le contenu du flacon tel quel ou le diluer dans de l'eau ou une autre boisson.

Afin d'éviter toute altération du médicament, il doit être pris aussi rapidement que possible après ouverture du flacon.

Posology: Adults: 2-3 vials per day.

Children: 1-2 vials per day.

Infants: 1-2 vials per day.

Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

Once open, take the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

Sanofi S.p.A.

Viale Luigi Bodio, 37/b

20158 Milan - ITALIE / ITALY

Fabricant / Manufacturer / المصنع

Sanofi S.p.A.

Viale Europa, 11

21040 Origgio (Va) - ITALIE / ITALY

Ne pas injecter

Do not inject

يجب عدم الحقن



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Enterogermina, susp b 10 fl

P.P.V : 60,00 DH



LOT 191829
EXP 11/2022
PPV 51.40DH

ملغ 250
عن طريق الفم



سبيكتروم
سيرفلوكساسين

10 x 10 أقراص ملبسة

COOPER
PHARMA



SPECTRUM + GROSSESSE : DANGER
سبيكتروم + الحمل : خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يفضل تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

مدة العلاج 7 أيام
زوال آلام