

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.

Diagnostique 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

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19-0015726

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1295 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benkirane Hassan Date de naissance : 01/07/1985
Adresse : 127 Bd Abdelmoumen, Ps Charles Nicolle, Apt 98, Casablanca
Tél. : 0661594130 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2020
Nom et prénom du malade : Benkirane Radia Age : 41 Ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection Digestive
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 :
Signature de l'adhérent(e) :

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
05/12/2020	Prothèse dentaire	03	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/2020	170,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

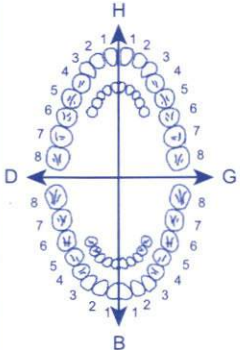
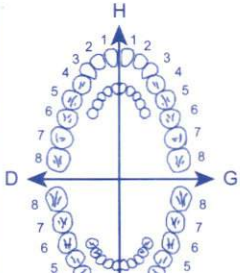
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique et
de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

Exploration et traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie

et d'Allergologie

فقط
عات الموصوفة

PPV: 28,90 DH
LOT: 614330
PER: 08/2022

Casablanca, le

Dr. Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles
Tél. 0522 26 07 20 / 26 90 07

Enfant BENKIRANE Radia

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابقا لمصلحة إنعاش الأطفال

و المولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية

تشخيص وعلاج مرض الضيقة عند الأطفال

عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز

التنفسي والحساسية

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 28,90 DH
LOT: 614325
PER: 06/2022

Age : 4 ans 6 mois

28,90
x2 1 AMOXIL SIROP 250 MG (60 ML)

1 cuillère mesure, 3 fois / jour, pendant 7 jours (2 Façon)

2 boites

60,00 2 ENTEROGERMINA AMP BUV(10 AMP BUV)

1 Ampoule Buvable, dilué dans de l'eau sucrée, 1 fois / jour, pendant 5 jours

52,40 3 SMECTA SACHETS > 2 ANS (30 SACHETS)

1 sachet, 4 fois/j, pdt 3 jours puis 1 sachet 2 fois/j pdt 4 jours

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
99, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Résidence Pasteur : 21, Place Charle Nicoles (Face Institut Pasteur) 1er étage - N°3 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07 - Fax : 05 22 29 78 67 - GSM: 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr



• Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique en cas de : • Diarrhée aiguë chez l'enfant et le nourrisson, en complément de la réhydratation orale, et chez l'adulte ; • Diarrhée chronique (de longue durée) ; • Douleurs liées à des maladies digestives affectant l'œsophage, l'estomac et/ou l'intestin.

Aucune étude sur l'aptitude à conduire des véhicules et à

utiliser
attend
Inform
com
bu
Ce
rub
su
3
s
F
C
e
s

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina, susp b 10 fl
PPV : 60,00 DH



Pregnancy and lactation

If you are pregnant, may be pregnant, are before taking this medicine.

Enterogermina may be used during pregnancy.

Driving and operating machinery

Enterogermina has no or negligible influence.

3. HOW TO TAKE ENTEROGERMINA.

Take this medicine exactly as described in this leaflet or as instructed by your doctor or pharmacist. Check with your doctor or pharmacist if you have any doubts.

Take Enterogermina at regular intervals during the day.

The recommended doses are:

Vials

Adults: 2-3 vials per day.

Breast-feeding infants and children: 1-2 vials per day.

This medication is for oral use only. Do not inject or administer in any other way (see "Warnings and Precautions").

Shake well before use. To open the vial, unscrew the top part and remove it.



Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage (for example: milk, tea, orange juice).

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

Capsules

Adults: 2-3 capsules daily.

Children: 1-2 capsules daily.

Swallow the capsules with a sip of water or other beverages. If you have difficulty swallowing the hard capsules (especially in younger children), use the vials.

Warning: do not exceed the indicated doses without your doctor's advice. Use only for short periods of treatment.

Consult your doctor if the disorder occurs repeatedly or if you have noticed a recent change of any kind in its characteristics.

If you take more Enterogermina than you should

In case of accidental ingestion/administration of an overdose of Enterogermina, immediately notify your doctor or go to the nearest hospital.

If you forget to take Enterogermina

Do not take a double dose to make up for a missed dose.

Proper and regular intake of this medicine promotes a better therapeutic effect.

If you stop taking Enterogermina

No particular effects have been reported, apart from the lack of therapeutic effect.

If you have any doubts regarding the use of this medicine, speak to your doctor or pharmacist.

4. POSSIBLE SIDE EFFECTS

As with all medicines, this medicine can cause undesirable effects, although not everyone is affected.

There have been reports of allergic reactions (hypersensitivity), including skin rash, urticaria and angioedema.

Reporting of undesirable effects

If you experience any undesirable effects, including those not listed in this leaflet, please speak to your doctor or pharmacist.

By reporting undesirable effects you can help provide more information on the safety of this medicine.

5. HOW TO STORE ENTEROGERMINA

KEEP THIS MEDICINE OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

Do not use this medicine after the expiry date which is stated on the package after "Exp.". The expiry date refers to the last day of