

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-655484

91398

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08649 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KAMITI NABIL

Date de naissance : 05/07/1972

Adresse : Aes manana, rue PERSICA, apt 34 EL ANASSER 2 CAS

Tél. : Total des frais engagés : 250+446+400=1096 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Salwa NADIR  
Hépatologie, Gastro-entérologie  
Proctologie & Chirurgie  
Clinique Ibn Sina  
30, Bd. My Idris Ter Cass - Tél. 05 22 85 27 27 / 05 14 14

Date de consultation : 13/10/2019

Nom et prénom du malade : KAMITI NABIL

Age : 49

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 : CAS

Le : 13/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
13/10 2021	S		250 DH	INP 91038869

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
446,00	13/10/21	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/10 2021	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	400 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



## Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



## الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 13.10.2021 في الدار البيضاء،

### Mr KOUMITI Nabil

#### Prendre :

#### 1 - RELAXIUM 300

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 1 mois.

#### 2 - BEDELIX SACHETS

1 Sachet le matin et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

#### 3 - ALFLOREX

1 gélule par jour, au cours du repas, pendant 1 mois.

#### 4 - INEXIUM 40 mg cp gastro-résis : Plq/14

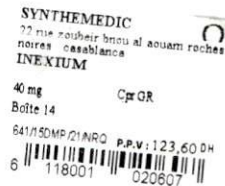
1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

#### 5 - ANXIOL

1 quart de comprimé en cas de besoin

#### 6 - APAZIDE

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 5 jours.



Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، 120  
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

# APAZIDE®

Nifuroxazide

Diarrhées infectieuses

Voie orale

**b**

botu<sup>sa</sup>

82, Allée des Casuarinas, Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

## Composition :

Nifuroxazide DCI ..... 0,2 g

Excipients q.s.p. une gélule

Excipient à effet notoire :  
saccharose



الحظر من التجزئة المحلية  
RESPECTER LES BOBES PRECISEES

040064  
118000 9



q

دكتور في الصيدلة - الصيدلي المسؤول  
د. محمد الكاظمي - عين شيبا - الدار - الحضرية  
بوتو

16 gélules



APAZIDE® 200 mg  
Nifuroxazide

تحتفظ بالاسم

نيفوروكسازيد  
جهاز

Posologie, contre-indications et mises en garde :  
voir notice d'utilisation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

AMM N° 835/16 DMP/21/NRO

# 200

Adultes



16 gélules

16  
بر شمة



للجبار

# 200

PPV: 19DH70

PER: 11/23

LOT: J3045



**Afllorex®** est destiné au traitement du Syndrome de l'intestin Irritable, notamment les symptômes de :

- Ballonnements et gaz
- Douleurs abdominales
- Diarrhée et constipation



**Afllorex®** avec la souche *B. longum 35624®*, a prouvé son efficacité dans la réduction des symptômes du Syndrome de l'intestin Irritable. Cette souche fait partie de la famille des bactéries transmises de la mère au bébé à la naissance et vivant naturellement dans l'intestin humain.

Des études cliniques ont montré que la souche unique **35624®** arrivait en vie dans l'intestin, où elle adhère à la paroi intestinale, créant un film protecteur apaisant et fortifiant.

**Afllorex®** avec la souche **35624®**, a été découvert et développé par PrecisionBiotics en partenariat avec des cliniciens d'APC Microbiome Ireland, l'un des plus grands centres mondiaux de recherche sur le microbiote.

**BIOCODEX**

*PrecisionBiotics Institute*

En savoir plus sur :  
[www.biocodexmicrobiota.institute.com](http://www.biocodexmicrobiota.institute.com)



3 5833 10 000368

**SYMBI**  **SYSS®**

**afllorex®**

pour le Syndrome de l'intestin Irritable

- Sans produits laitiers
- Sans lactose
- Sans conservateur
- Sans soja
- Sans gluten
- Végétarien

Convient aux personnes suivant un régime pauvre en FODMAPs.

**CONSEIL D'UTILISATION :** Prendre une gélule par jour pendant 1 mois. **Afllorex®** peut être pris au cours ou en dehors des repas, à n'importe quel moment de la journée.



Taille réelle de la gélule

Tenir hors de portée des enfants. Toujours bien refermer le tube après utilisation.



Lire la notice avant utilisation.

PrecisionBiotics Ltd, tous droits réservés, copyright 2020.

**SYMBI**  **SYSS®**

**afllorex®**

pour le Syndrome de l'intestin Irritable



Réduction prouvée des symptômes du Syndrome de l'intestin Irritable

Incluant :

- Ballonnements et gaz
- Douleurs abdominales
- Diarrhée et constipation



**30 gélules**  
1 mois de traitement

**BIOCODEX**



**SYMBI**  **SYSS®**

**afllorex®**

10/58/EE

pour le Syndrome de l'intestin Irritable  
**Poids net : 7,5 g e**



101003

2024/01

Importateur Exclusif  
**BIOCODEX MAROC**  
B.P 126 Nouaceur  
[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)  
P.P.C.: 245,00 DH  
CE N°: 34757/2019/DMP

## Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



## الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 13/10/2021 في الدار البيضاء.

## Note d'honoraires

Professeur Salwa NADIR  
Hépatogastroentérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Essalam

Le docteur

a l'honneur de présenter ses compliments

à Mr (Mme) **KOUMITI Nabil**

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de **4 000.00** dhs.

pour

**ECHOGRAPHIE  
ABDOMINALE**

Professeur Salwa NADIR  
Hépatogastroentérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Essalam  
120, Bd. Moulay Idriss 1er Casablanca - Tél : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96



*Casablanca, le 13/10/2021*

Nom et Prénom : Mr KOUMITI NABIL  
Age : Né en 1972  
Indication : Troubles de transit

### COMPTE RENDU

- Foie de taille normale , de contours réguliers , d'échostructure homogène.
- Absence de lésion focale hépatique.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la voie biliaire principale. .
- Tronc porte de calibre normal.
- Vésicule biliaire libre à paroi fine.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Reins , rate , sans anomalie.
- Pancréas non vu (écran de gaz).
- Aérocolie++

Conclusion : Echographie abdominale sans anomalie

Pr S.NADIR

Professeur Salwa NADIR  
Hépatogastroentérologie  
Proctologie  
Clinique de Gastroentérologie  
120, 84, Mylades, Casablanca - Tél: 3377 27 27, 33 14 14