

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **528** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENOUHOUND MOHAMED**

Date de naissance :

29/01/1928

Adresse : **3, Rue Sainte Rose Zouhair, 3^e étage Appart**

Q. Palais, CASABLANCA

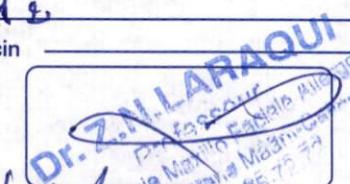
Tél. : **0522 250709**

Tél. : **657:0555880618**

Total des frais engagés : **289,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **7/06/2023**

Nom et prénom du malade : **BENOUHOUND MOHAMED** Age : **81 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **CASABLANCA**

Le : **14/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/06/2023 | Chirurgie Maxillo-Faciale | 1 | 60000 | Dr. Z.N. LARAQUA Professeur Q.F.L Chirurgie Maxillo Facial Allergologie 119 Bd. Bir Anzarane Maârif Casablanca 1010 |

PHARMACIE
55 Rue Salénique Al
Casablanca 55-43-95
06-08

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| ③ RC 318383 ICE | 07/06/23 | 289,40 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement carotidiens, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|--|--|--|-------------|------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | D | G | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 7 - 6 23

Docteur :

Dr. Z.N. LARAQUI
ORL Professeur Agréée
Chirurgie Maxillo Faciale Allergologie
119, Bd Bir Anzorane 25 72 72
Tél: 0522 25 72 72
INP: 09192874

JR Benyouthoud

7^{4d}

- Saphir 15
167,00 NEUROCLINIQUE 3 fts 10 x 8 TS

- Ideos 500

340 2 caps 10 x 10

- Probiotis

72 caps 10 x 10

69,00

289,40



PHARMACIE LMCV
28, Bis Rue Salomonique Angle
Rue de Rome Casablanca
Tel: 05 22 82 11 11
Tel: 06 00 06 07 08
Tel: 318383 ICE 00217913000087

Dr. Z.N. LARAQUI
ORL Professeur Agréée
Chirurgie Maxillo Faciale Allergologie
119, Bd Bir Anzorane 25 72 72
Tél: 0522 25 72 72
INP: 09192874

Gélule
Voie orale

Probiotis

Saccharomyces boulardii

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :Saccharomyces boulardii (2.10^{10} CFU/g) ..282.5 mg , Stéarate

Maltoextrine ... qsp gélule

FORME ET PRÉSENTATIONS :

PROBIOTIS : Gélule. Boîte de 10 et 20

PROPRIÉTÉS :

PROBIOTIS permet d'aider à renforcer la défense et le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Adulte : 1 à 2 gélules 1 à 2 fois par jour.

Enfant : 1 gélule par jour.

A avaler avec un verre d'eau.

Enfants de moins de 6 ans : il est recommandé de ne pas avaler les gélules (risque de fausse route) mais de les ouvrir et d'en verser le contenu dans une boisson ou un aliment.

PROBIOTIS étant constitué de levures, ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (plus de 50°C), ou glacé.

DUREE RECOMMANDÉE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25 °c, conserver à l' abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

LOT : 29 0327
BLUQ : 0 3/2025
69,00 €

Code : AC2 - 00065

IMPRIMELE 03/22

PROBIOTIS / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805319DMP/20UCAV1

Idéos®

500 mg / 400
comprimé à sucer

53,40

Veuillez lire attentivement cette notice médicamenteuse. Elle contient des informations sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez besoin de plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien :

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- Si vous avez besoin de plus d'information, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un professionnel de la santé.

- Les substances actives sont :

| | |
|--|---------|
| Calcium élément | 500 mg |
| Quantité correspondant à carbonate de calcium | 1250 mg |
| Cholécalciférol (vitamine D3) | 400 UI |
| Quantité correspondant en concentrat de cholécalciférol (forme pulvérulente) | 4 mg |

Pour un comprimé

- Les autres composants sont :

Xylitol, sorbitol, povidone, stéarate de magnésium, arôme citron (huiles essentielles de citron, d'orange, de litsea cubeba, maltodextrine, gomme d'acacia, citrate de sodium), cholécalciférol, alphatocopherol, graisses alimentaires, gélatine, saccharose, amidon de maïs.

1 - QU'EST-CE QU'IDEOS® 500 mg / 400 UI, comprimé à sucer ou à croquer ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé à sucer ou à croquer. Boîtes de 2 ou 4 tubes de 15 comprimés.

APPORT VITAMINO-D-CALCIQUE.

Ce médicament est indiqué :

- chez le sujet âgé, en cas de carence en calcium et en vitamine D,