

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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
18/10/23	cst		260	INP : 09111A18574

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	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 PROTHÉSES DENTAIRES															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412 21433552	25533412	00000000 00000000	D	00000000 00000000	35533411	11433553	B	
		H	25533412 21433552													
25533412		00000000 00000000														
D		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																



Dr BENNANI Youssef

Hépato-Gastro-Entérologue

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et de Rouen

Echographie - Endoscopie digestive et interventionnelle

CPRE - Echo-endoscopie

ORDONNANCE

Casablanca, le : 18/11/23

Mme FILALI HINDA

1/ FORLAX

f3,50 1-2 sachet

1 grand verre.

SV

le matin

dans

2/ DUSPATARIN 200

34,90 1-1-1

SV

avant

repas

ktj

3/ METEOPROSMYL

40,40

1-1-1

SV

1

4/ MEB

940,90 1-1-1

2

5/ ALFONEX

245,90

1 gel avant repas

SV

1 mois

552,90

Dr BENNANI Youssef
Hépato-Gastro Entérologue
52, Bd Sidi Abderrahman, Casablanca
Tél 0522362416

maphar

Boulevard Al-Jamia n° 16

Quartier Industriel Sidi Benouss Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. 73.50 DH



6118001181193

LOT : A55907
Exp : 02/2026

SYMBIOSYS alflorex®

Alflorex® est un complément alimentaire contenant *Bifidobacterium longum*, souche 35624®. Chaque gélule d'Alflorex® contient 1 milliard de bactéries.

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule par jour, à avaler avec un verre d'eau.

Il est conseillé de ne pas dépasser la dose journalière indiquée. Alflorex® est un complément alimentaire qui ne doit pas se substituer à un mode de vie sain et à une alimentation variée et équilibrée. Toujours bien refermer le tube après usage. Flacon scellé lors du conditionnement.

BIOCODEX

7 avenue Gallieni
94250 Gentilly - France www.symbiosys.com



QUANTITÉ PAR GÉLULE :

Bifidobacterium longum, souche 35624®, 1 milliard de bactéries par gélule.

INGRÉDIENTS :

Amidon de maïs, enveloppe de la gélule : hydroxypropyl-méthylcellulose, souche bactérienne *Bifidobacterium longum*, souche 35624®, antiagglomérant : sels de magnésium d'acides gras ; saccharose, tréhalose*, agent stabilisant : citrate de sodium.

*Le tréhalose est une source de glucose.

Consommer de préférence dans les 30 jours suivant la première utilisation. Conserver à température ambiante. Ne pas conserver au réfrigérateur.

A consommer de préférence avant fin : voir sous l'étui.

Alflorex®, 35624® et PrecisionBiotics® sont des marques déposées de PrecisionBiotics Group Ltd, une société du groupe Novozymes A/S, tous les droits réservés.



3 583310 000146

N° lot : 501

A consommer de 02/2026
préférence avant fin :