

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0026327

AB1987

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11.01 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASRALLAH BADIAA

Date de naissance : 4-4-51

Adresse : 16. Rue dr. Zouhour Polo casablanca

Tél. : 06 13 475379 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/2023

Nom et prénom du malade : NASRALLAH BADIAA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/11/2013      | ES                |                       | 3000H                           | <i>[Handwritten signature over a blue circular stamp]</i>      |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                    | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| <i>[Handwritten signature over a blue circular stamp]</i> | 08/11/123 | 286,00                |
|   |           |                       |
|   |           |                       |
|   |           |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                           | Nature des Soins                      | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|--|---------------------------------------|-------------|------------------------|
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
| DEBUT D'EXECUTION         |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS     |
| FIN D'EXECUTION           |  |                                       |             |                        |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                                       |             |                        |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411    | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
|                           |  |                                       |             |                        |
| DATE DU DEVIS             |  |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION    |
| DATE DE L'EXECUTION       |  |                                       |             |                        |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur

Imane Cohen

Spécialiste en Hépato Gastro - Entérologie



الدكتورة

إيمان الكوهن

أخصائية في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Casablanca, le : ..... 08/11/2023 .....

## ORDONNANCE

Mme NASRALLAH BADIAA

216,00

### 1 ) EUZOL 40 MG

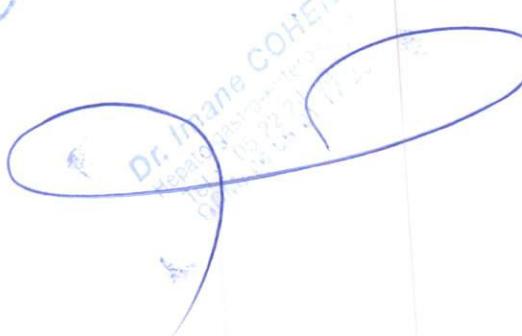
1 gel x2/jour le matin à jeun et le soir au coucher pendant 48 h  
puis 1 gel x1 /j le matin à jeun pdt 14.jours

216,00

### 2 ) REFLUXAID

1 sachet x3/jour après repas pendant 14 jours

286,00



📍 658 Boulevard Mohammed V Résidence Zin Al Mahaba (III)

( en face de la gare Casa - voyageurs) Casablanca

☎ 05 22 24 93 07 ☎ 06 65 21 17 20 ✉ cabinet.cohen.ge@gmail.com

# REFLUXAID®

Comprimés à croquer anti-reflux

Sirop anti-reflux

Sticks anti-reflux

Dans quel cas utiliser REFLUXAID®

REFLUXAID® est un dispositif médical destiné à être utilisé pour limiter l'oesophagite.

L'utilisation du produit limite la sensation de brûlure (brûlure d'estomac), de régurgitation, de la difficulté à avaler (dysphagie), de la déglutition douloureuse (odynophagie), de la toux, et de l'enrouement.

**Composition :**

**COMPRIMÉS À CROQUER :** Sorbitol, Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Foeniculum Vulgare, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Lavandula Angustifolia, Extrait de Tilia Platiphylllos, stéarate de magnésium, acésulfame K, sucralose, arômes.

**SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) :** Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula, Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platiphylllos, Sucralose, Methyl de sodium, p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

**Formes :**

Boîte de 24 comprimés à croquer (1 g)

Sirop 250 ml avec doseur

Boîte de 24 sticks de 10 ml

**Mode d'emploi :**

**COMPRIMÉS À CROQUER :** 1-2 comprimés après les repas et au moment du coucher.

**SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) :** agiter avant utilisation. Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans : 10-20 ml ou 1-2 sticks après les repas et au coucher. Enfants de moins de 12 ans : 1 demi-dose.

**Contre-indications :**

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité connue à un composant.

**Avertissements :**

Ne pas dépasser la dose recommandée. En cas de réaction indésirable arrêter le traitement et consulter un médecin. Tenir hors de portée et de vue des enfants. Utiliser avant la date d'expiration indiquée sur l'emballage. La présence de substances naturelles peut affecter les caractéristiques organoleptiques du produit (odeur, couleur, goût) sans que cela n'affecte la qualité du produit. Conserver le produit à une température comprise entre 4° C et 30° C.

*Ne contient pas de gluten, de lactose et d'OGM.*

2312812  
2026/05  
PPC 70 DHS

on action mécanique, est astro-oesophagien et de

Dispositif médical



**Fabriqué par :**

Pharcomed S.r.l. - Via Soncino, 9 - 24050 Torre Pallavicina (BG) - Italie

CE

1370

**Distribué par :**

PromoPlus Pharma - Hay Raja 2 N° 100 BP 401 Had Soualem - Maroc

Rev. 20/10/2020