

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

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° P19- 0046698

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 637 Société : R AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DRAÏJA FATIMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. 06 42 56 41 95 Total des frais engagés : 532,90 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 16 / 10 / 23
Nom et prénom du malade : DRAÏJA Fatima Age : 1939
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 16 / 10 / 23
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
16/10/23	6102	300		

DR. SEFRAOUI
 Hepatologue Gastro-Entérologie
 175, Rue Boukhaa - Casablanca
 Tél: 05 22 27 78 18
 INPE: 091127209

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/23	23250

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

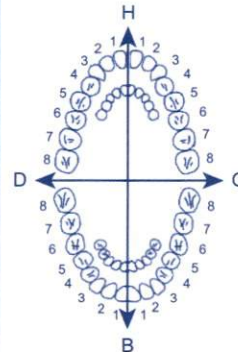
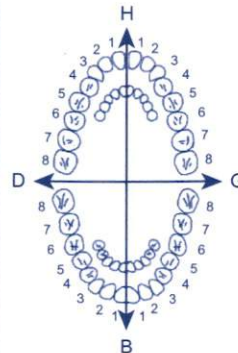
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Dr Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

- Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis
(Hémorroïdes, maladies anales...)
 - Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris
- Vidéo-endoscopie digestive
Echographie

الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

• خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج
• طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط
و في مستشفى ليوبولد بلان باريس

التشخيص بالمنظار الداخلي
الكشف بالصدى

6 16 10.23

DR MJA Fateme

1/330 Receipt

20mg PPV: 113 DH 70
A consommer de préférence avant fin : 03/2026
Lot n° Z083G

هيپانات

40 قرص 73,80 DH
A consommer de préférence avant fin : 03/2026
Lot n° Z083G

73.89

hygaurat

hygaurat

4640

83295

Diphalee

Deash

Deash

Dr. SEFRAOUI Maher
Hepatologue Gastro-Enterologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél: 05 22 27 78 18

إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع، الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة البصر الدولي) الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 27 78 18 - الفاكس: 05 22 27 78 29 - الهاتف المحمول: 06 61 33 30 04

Résidence Jassim Houssam, 175 rue Boukraâ, 2^{ème} étage (Angle Bd. Mly Youssef, rue de la Foire Internationale) - Casablanca

Tél.: 05 22 27 78 18 - Fax : 05 22 27 78 29 - GSM : 06 61 33 30 04 - Email : mahersefraoui@yahoo.fr

tion est basé sur des
notamment
les poudres de lait
d'origine végétale,

de DUPHALAC

avec le
ation.

ou de

(rare),

le la

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML

P.V. : 450DH40



5. POUR CENT, solution buvable en flacon
sucres,
il contient de petites quantités de sucre du
diaploso, de diéplactose ou de fructose (voir
ns d'emploi),
ndre des véhicules ou à utiliser des

LOT : 23E106
PER : 06 2025

**PRENDRE DUPHALAC 66,5 POUR
n buvable en flacon ?**

prendre ce médicament en suivant
exactement les indications de votre médecin ou pharmacien.
Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de
doute.

Posologie

Cont indication :

Ce médicament peut être administré en une prise par jour, par
exemple au petit déjeuner ou en deux prises par jour.
Après quelques jours, en fonction de votre réponse au
traitement, la dose d'attaque peut être ajustée pour atteindre
la dose d'entretien. Plusieurs jours (2 à 3) peuvent être
nécessaires avant que le traitement n'agisse.

La posologie moyenne est :

Enfants et nourrissons

Nourrissons de 0 à 12 mois : jusqu'à 5 ml par jour

Enfants de 1 à 6 ans : 5 à 10 ml par jour

Enfants de 7 à 14 ans :

- Traitement d'attaque : 15 ml par jour.
- Traitement d'entretien : 10 ml par jour.

Adultes et adolescents

- Traitement d'attaque : 15 à 45 ml par jour.
- Traitement d'entretien : 10 à 25 ml par jour.

Si une diarrhée se manifeste, diminuer la posologie.

Utilisation chez les enfants et les adolescents

Chez le nourrisson et l'enfant, la prescription de DUPHALAC
doit être exceptionnelle car elle peut entraver le
fonctionnement normal du réflexe d'exonération.



Ne pas donner DUPHALAC aux
consulte un médecin pour une prise
étroite.

Chez le patient âgé et le patient
ou hépatique, aucune adaptation
car l'exposition au lactulose est
Encéphalopathie hépatique

Dans tous les cas, la dose idéale
selles molles par jour.

Utilisation chez les adultes : la
30 ml, 3 fois par jour.

Utilisation chez les enfants et les
n'est disponible pour le traitement
nés jusqu'à 18 ans) atteints d'une

Mode d'administration
Voie orale.

Prenez les doses chaque jour, aux
Analysez le médicament rapidement, si
bouche.

DUPHALAC 66,5 POUR CENT peut
dans une boisson.

Durée de traitement

La durée du traitement varie en fonction
symptomatologie.

Si vous avez pris plus de DUPHALAC
solution buvable en flacon que vous n'

En cas de surdosage, des diarrhées ou
abdominales peuvent apparaître.

Si vous avez pris plus de DUPHALAC
consultez votre médecin ou votre

Si vous avez d'autres questions sur
médicament, demandez plus d'infos
ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce
des effets indésirables, mais ils ne se
systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables suivants ont :

- Très fréquents (ils affectent plus
ce médicament)
- diarrhées.
- Fréquents (ils affectent jusqu'à 1 %
médicament)
- flatulence (ballonnement),
- nausées,