

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0029882

CA

## 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7301 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YACOUBI Redjalat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 578 44 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BADA OCT. 2019 Age : 20 ans

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez 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																	
				<b>Coefficient des travaux</b>																
				<b>Montant des soins</b>																
				<b>Début d'exécution</b>																
				<b>Fin d'exécution</b>																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<b>Montant des soins</b>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																	
			<b>Fin d'exécution</b>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		



P 14/0002598

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7309		
Nom & Prénom		YACOUBI MED JALIL		
Fonction	Phones	06.61.15.7844		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			BADRA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	20
Nature de la maladie			Date 11/07/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite	
<p>Dermaabse infectée</p>				
Nature des actes			Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CU			1	200 DH
PHARMACIE			Date	
Montant de la facture			280,70	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date	
Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV	CACHET

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFES  
Médecine Générale - Echographie  
Rue Assaad Bou Zarara - 3<sup>ème</sup> Etage  
Maarif - Casablanca  
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

PHARMACIE ADIA CASABLANCA  
Eq 3 Zone d'Activité d'Azemmour  
Casablanca

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 14/0002598



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet  
MUPRAS

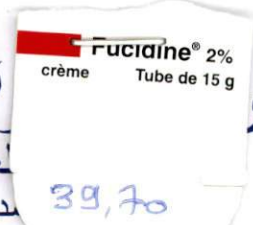
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Dr. C

Krafess



د. الكرافس



الدكتور

LOT: M0456  
EXP: JAN 2021  
PPV: 45,50 DH

généraliste

Expertise Médicale - Diabétologie  
Psychologie Médicale

الخبرة في - مرض السكري  
التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le : 11 7 19 : الدار البيضاء، في

Yacoubi Bouha

11640  
Fluoramin 500

(S.V)

290 / 1000 x 65

6510

ultra-rapide

(S.V)

1 gel avant repas x3/j x 7j

45,50 PPV

Cotoflam 50

(S.V)

1 cp  $\leftarrow$  1000 du au bon repas

14,50 NM

Hexomédine

(S.V)

1 apk x3/j

39,70 PPV

Fucidine crème

(S.P)

1 apk x3/j

280,70

Dr. Ouassaf GUESSOUS KRAFESS  
Médecine Générale - Echographie  
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3<sup>ème</sup> Etage  
Maârif - Casablanca  
Tél.: 022.98.80.71 / 061.41.17.27



# ULTRA-LEVURE

ULTRA-LEVURE 250 mg,  
20 gélules



*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745



ULTRA-LEVURE 250 mg, gélules

ULTRA-LEVURE 250 mg, poudre pour suspension buvable

*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 lyophilisé

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 2 jours, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## Dans cette notice :

1. Qu'est-ce qu'ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable ?
3. Comment prendre ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

## 1. Qu'est-ce qu'ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable et dans quel cas est-il utilisé ?

ULTRA-LEVURE 250 mg, gélules : chaque gélule contient 250 mg de *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 sous forme lyophilisée (au minimum 6 milliards de cellules reviviscentes).

ULTRA-LEVURE 250 mg, poudre pour suspension buvable : chaque sachet-dose contient 250 mg de *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 sous forme lyophilisée (au minimum 6 milliards de cellules reviviscentes).

- ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable est indiqué pour prévenir la diarrhée due à la prise d'antibiotiques chez les personnes prédisposées à développer une diarrhée à *Clostridium difficile* ou une rechute de diarrhée due à *Clostridium difficile*.
- ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable est indiqué pour traiter les diarrhées aiguës chez les enfants jusqu'à 12 ans, en complément de la réhydratation orale.

En cas de doute demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable ?

### Ne prenez jamais ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable

- Si vous êtes allergique à *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous êtes allergique aux autres levures.
- Si vous êtes porteur d'un cathéter veineux central.

### Faites attention avec ULTRA-LEVURE 250mg gélules ou poudre pour suspension buvable

- Puisqu'une diarrhée peut causer une perte importante d'eau et d'électrolytes, il est important de bien vous réhydrater.
- Si vous mélangez ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable avec un liquide ou un aliment glacé ou susceptible d'être porté à une température de plus de 50°C, l'activité de ce médicament peut être diminuée.
- Si vous prenez déjà d'autres médicaments, veuillez lire également la rubrique «Utilisation d'autres médicaments».
- En cas de :
  - Température supérieure à 38°C,
  - Douleurs fortes au niveau du ventre,
  - Présence de sang dans les selles,
  - Vomissements associés à la diarrhée,
  - Persistance de la diarrhée au-delà de trois jours.
- *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 pourrait donner des résultats faussement positifs lors d'analyses microbiologiques des selles.
- ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable ne doit pas être utilisé chez les patients atteints de grave déficience immunitaire (par ex. infections par le VIH, transplantation d'organes, leucémies, tumeurs malignes à un stade avancé, radiothérapie, chimiothérapie, traitement de longue durée et hautement dosé par cortisone).

Veillez consulter votre médecin si une des mises en garde mentionnées ci-dessus vous concerne.

### Utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

La prise de médicaments contre les infections dues à des champignons annule l'effet d'ULTRA-LEVURE 250 mg gélules ou poudre pour suspension buvable.