

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Éducation :

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

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° P19-0027765

ND: 29754

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000637

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Entérologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél. : 05 22 22 78 18

Date de consultation : 11/05/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

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) :

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Entérologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca

[illegible]

M. 06. 2020	C2	1. V. 2	300.50	Dr. BEL Hépatologie et Gastro-entérologie 175, Rue Boukraâ - Casablanca Tél.: 05 22 27 78 18
-------------	----	---------	--------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<p>PHARMACIE POLYCLINIQUE</p> <p>Montant de la Facture</p> <p>Dr. TIR Abdelaziz</p> <p>58, Rte. Mly Themi - Hsp Hassani</p> <p>Tél: 022 90 21 67 - CASA</p>
<p>PHARMACIE POLYCLINIQUE</p> <p>Dr. TIR Abdelaziz</p> <p>58, Rte. Mly Themi - Hsp Hassani</p> <p>Tél: 022 90 21 67 - CASA</p>	AN-6-20	418.00

418 00

[illegible][illegible]

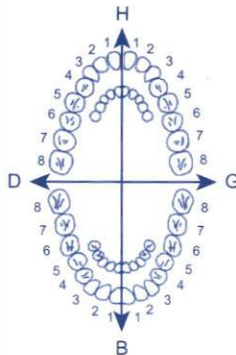
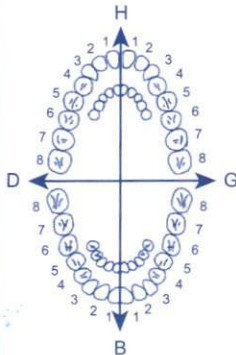
A schematic diagram of a 2D Cartesian coordinate system. The horizontal axis is labeled 'x' and the vertical axis is labeled 'y'. A point is marked with a dot in the first quadrant. A line segment connects the origin (0,0) to this point. The angle between the positive x-axis and this line segment is labeled 'theta'.

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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
- وفي مستشفى ليوبولد بلان باريس

التشخيص بالمنظار الداخلي
الكشف بالصدى

11.06.20

DR AIZA Fatima

9602x2



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TIR Abdelaziz
58, Rue Mly Thami - Hay Hassan
Tél: 022 90.21.67 - CASA

49560x2



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TIR Abdelaziz
58, Rue Mly Thami - Hay Hassan
Tél: 022 90.21.67 - CASA

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



إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع، الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف وزنقة المعرض 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

حقن
النفث

63,40

mag 2[®] 122 mg 

30 ampoules buvables de 10 ml



6 118000 120407

حقن
النفث
ست

63,40

mag 2[®] 122 mg 

30 ampoules buvables de 10 ml



6 118000 120407

BELMAZOL® 20 mg

1 COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT 2

Lisez attentivement l'intégralité de ces informations importantes sur votre médicament.
Si vous avez d'autres questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE

Par gélule :

Oméprazole

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

2. DANS QUELS CAS UTILISER

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodénaux.

00,96

PPV :

EXP :

LOT :

des de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.
naux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.
de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
ues : Chez les patients faiblement répondeurs : 1 à 2

adèle ulcéreuse gastroduodénale :

mycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois
mycine 250 mg (ou 500mg) + métronidazole 400 mg (ou
ir pendant une semaine,
par jour + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg

eux 3 fois par jour pendant une semaine.
trithérapie, le traitement peut être répété.

déniaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de

naux associés à la prise d'AINS chez les patients à

s gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie

mg par jour.

catrisation d'une œsophagite par reflux : la dose peut

par jour.

Traitement du reflux gastro-œsophagien : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour

pendant 4 semaines.

BELMAZOL® 20 mg

1 COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT 2

Lisez attentivement l'intégralité de ces informations importantes sur votre médicament.
Si vous avez d'autres questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
Gardez cette notice, vous pourrez y

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE

Par gélule :

Omeprazole

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

2. DANS QUELS CAS UTILISER

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodénaux.

00,96

PPV :

EXP :

LOT :

des de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.
naux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.
de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
ues : Chez les patients faiblement répondeurs : 1 à 2

adèle ulcéreuse gastroduodénale :

mycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois
mycine 250 mg (ou 500mg) + métronidazole 400 mg (ou
ir pendant une semaine,

par jour + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg
eux 3 fois par jour pendant une semaine.

trithérapie, le traitement peut être répété.

déniaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de

naux associés à la prise d'AINS chez les patients à

s gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie

catrisation d'une œsophagite par reflux : la dose peut

par jour.

Traitement du reflux gastro-œsophagien : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Vitamines.

4. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :
D-CURE FORTE 100.000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

Mode et voies d'administration :

Administration orale.

Les ampoules doivent être prises ou administrées conformément aux instructions de dosage.

La dose sera prise telle quelle ou en mélange avec des liquides.

Fréquence d'administration-durée du traitement :


Utilisez toujours D-CURE FORTE conformément aux instructions de votre médecin. En cas de doute, consultez à nouveau votre médecin pharmacien.

Le dosage doit être déterminé au cas par cas par le médecin traitant. S'il ne vous a pas été prescrit, il est recommandé de prendre une dose unique ou une dose cumulée de 100.000 UI sur 1 semaine.

Il est possible d'administrer 1 ampoule de D-CURE FORTE 100 000 U.I. en une seule dose ou 4 ampoules de D-CURE 25.000 U.I. semaine. (100.000 U.I.).

N'utilisez pas D-CURE FORTE :

- si vous êtes allergique (hyperser
 - si vous avez moins de 18 ans.
 - si vous souffrez d'hypercalcémie
 - si vous souffrez d'hypercalciurie
 - si vous souffrez de pseudo-hyp
- vitamine D peut être réduit lors de
dérivés de la vitamine D qui se régè.
- si vous avez une prédisposition à la
 - si vous avez une hypervitaminose D.

Fabriqué par :  **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

☐ Remboursable

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 05/2023

Vitamines.

4. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :
D-CURE FORTE 100.000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

5. POSOLOGIE :

Mode et voies d'administration :

Administration orale.

Les ampoules doivent être prises ou administrées conformément aux instructions de dosage.

La dose sera prise telle quelle ou en mélange avec des liquides.

Fréquence d'administration-durée du traitement :

Utilisez toujours D-CURE FORTE conformément aux instructions de votre médecin. En cas de doute, consultez à nouveau votre médecin ou votre pharmacien.


Le dosage doit être déterminé au cas par cas par le médecin traitant. S'il ne vous a pas été prescrit, il est recommandé de prendre une dose unique ou une dose cumulée de 100.000 UI sur 1 semaine.

Il est possible d'administrer 1 ampoule de D-CURE FORTE 100 000 U.I. en une seule dose ou 4 ampoules de D-CURE 25.000 U.I. semaine. (100.000 U.I.).

6. CONTRE INDICATION :

N'utilisez pas D-CURE FORTE :

- si vous êtes allergique (hyperser
 - si vous avez moins de 18 ans.
 - si vous souffrez d'hypercalcémie
 - si vous souffrez d'hypercalciurie
 - si vous souffrez de pseudo-hyp
- vitamine D peut être réduit lors de
dérivés de la vitamine D qui se régù.
- si vous avez une prédisposition à la
 - si vous avez une hypervitaminose D.

Fabriqué par :  **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

☐ Remboursable

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 05/2023