

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Education :

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 caractére 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

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00.00.637

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-Enterologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél.: 05 22 22 78 18

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Draya Fatima Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastrecte refluante de droit

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 : Casablanca

Le : 15/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
11.06.2020	CD 1/12		300 Dh	Dr. TIR ADDA Repatogique CASABLANCA 175, Rue Boukraâ - Casablanca Tél.: 05 22 27 78 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR Abdellaziz 58, Rte My Thami - Hcp Hassan Tél: 022 98/21.67 - CASA	11.6.20	PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR ADDA 2212 68, Rte My Thami - Hcp Hassan Tél: 022 98/21.67 - CASA 418.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

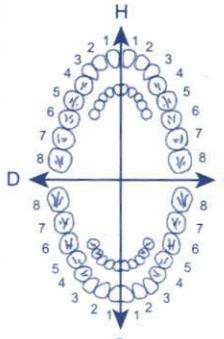
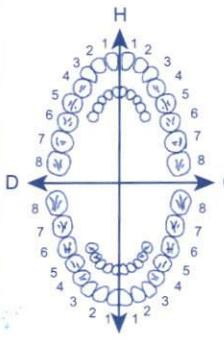
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 B 21433552 00000000 11433553	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

وفي مستشفى ليوپولد بلان باريس

التخيص بالمنظار الداخلي

الكشف بالصدى

M.06.20

م

DRAIZA

Fathia

96002

Belmejdel :

1 pl 4 - 6



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TIR Abdellaziz
68, Rue Mly Thami - Hou Hassan
Tél: 022 90.21.67 - CASA

3 le sri

956002



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TIR Abdellaziz
68, Rue Mly Thami - Hou Hassan
Tél: 022 90.21.67 - CASA

Cette Fait : la perte d'eau

634002

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Enterologue
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 29 - الفاكس: 05 22 27 78 05 - 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

6 118000 120407

mag 2[®] 122 mg 

30 ampoules buvables de 10 ml

63,40

6 118000 120407

mag 2[®] 122 mg

30 ampoules buvables de 10 ml

63,40

BELMAZOL® 20 n

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

les de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.
jusqu'à 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.
de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
chez les patients évidemment répondants : 1 à 2

adie ulcereuse gastrroduodenale:

zycone 250 mg (ou 500mg) + metronidazole 400 mg (ou 1/2 pendant une semaine).

de næaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de
næaux associés à la prise d'AINS chez les patients à
gastres et duodénaux, antécédent d'hémorragie
gut par jour.

Traitement du reflux gastro-oesophagien : -/mptomatique : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour
par jour ; pendant 4 semaines.

3) IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

C) COMPOSITION QUADRATATIVE

Par gélule : D'après :

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : suscitée

FORME PHARMACEUTIQUE

b) Composé d'un gelatineux et d'un solide

Gélules de 7, 14 et de 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

c) Forme utilisée pour les substances inhibiteur de la pompe à protons (PPI)

DANS QUELS CAS UTILISÉ

- Adulte :
- Traitement des ulcères duodénal
- Prévention des récidives d'ulcère
- Traitement des ulcères gastroduodénaux

3. CLASSE PHARMACEUTIQUE :

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 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. par semaine. (100.000 U.I.).

6. CONTRE INDICATION :

N'utilisez pas D-CURE FORTE :

- * si vous êtes allergique (hypersensibles) à l'un des ingrédients.
- * si vous avez moins de 18 ans.
- * si vous souffrez d'hypercalcémie.
- * si vous souffrez d'hypercalciorité.
- * si vous souffrez de pseudo-hypervitaminose D peut être réduit lors de certains médicaments dérivés de la vitamine D qui se régulent mutuellement.
- * si vous avez une prédisposition à la vitamine D.
- * si vous avez une hypervitaminose D.

Fabriqué par : 

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE. Belgique.



6 1 3001

Remboursable

PPV: 49,60 DH

LOT: 20C02

EXP: 05/2023



13

7. EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, D-CURE FORTE peut provoquer des effets indésirables, même si toutes les personnes ne les développent pas.

3. CLASSE PHARMACEUTIQUE :

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 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. par semaine. (100.000 U.I.).

6. CONTRE INDICATION :

N'utilisez pas D-CURE FORTE :

- * si vous êtes allergique (hypersensibles) à l'un des ingrédients.
- * si vous avez moins de 18 ans.
- * si vous souffrez d'hypercalcémie.
- * si vous souffrez d'hypercalciorité.
- * si vous souffrez de pseudo-hypervitaminose D peut être réduit lors de certains médicaments dérivés de la vitamine D qui se régulent mutuellement.
- * si vous avez une prédisposition à la vitamine D.
- * si vous avez une hypervitaminose D.

Fabriqué par :  SMB

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



6 1 3001

Remboursable

PPV: 49,60 DH

LOT: 20C02

EXP: 05/2023

1

2

13

7. EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, D-CURE FORTE peut provoquer des effets indésirables, même si toutes les personnes ne les développent pas.