

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RETARDS

## 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.

## Pathologie 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2279**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

**BEN MAKHLOUF Rachid**

Date de naissance :

**29/03/54**

Adresse :

**294 AMEUKIS 2/ NACHIL Fd**

MARRAKECH  
Tél. **0661311629**

Total des frais engagés : **2091,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/09/2020**

Nom et prénom du malade : **ME Benmakhlouf Rachid**

Age : **66ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Pathologie digestive**

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 : **05/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

**75 SEP. 2020**

**15 SEP. 2020**

## 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
07/09/2020	CS		300 Dhs	Dr. Ghizlane BOUDE Hépato-Gastro Entérologue-Prod 158, Av. Omar Al Khayam 1er Et Beautejouir - Casablanca Télé: 0522 35 86 14
10/09/2020	C		6	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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.

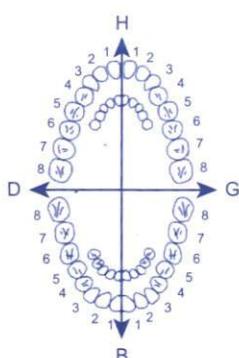
### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ghizlane BOUDEGGA

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif et du foie

(memoranda, issues, lists)

## Endoscopic digestive

Academy of Management Review 31(2) 2006 333-354

— ๖ —

07/05/2020

Casablanca, le

Pharmacie AL MAWLIE  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Ksarif Extension Casa Tel 23.17.06

Beamerhout Raoulis

2 x 0.3961

→  $\delta_{\text{p}} + \delta_{\text{f}} = 0.85\text{h}$

Dear Sirs and Madam  
from decorative art work pe

Alföldesi

motor power

smaller

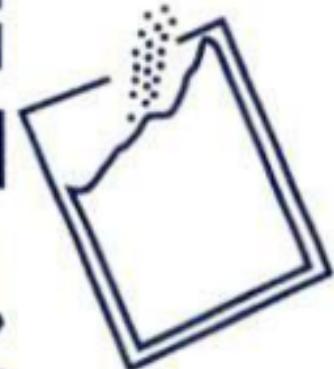
४८५

76699

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katt  
158, AV. Omar Al Khayyam  
Babouche, N°17  
Boulevarde Bourguiba  
Casablanca  
0522 36 86 18 -  : boudiegga.ghizlane@gmail.com  
Tel: 0522 36 86 18

puisable en sachet  
poudre pour suspension

1g / 125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g<sup>/125 mg</sup> sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

PPU: 126,30 DH

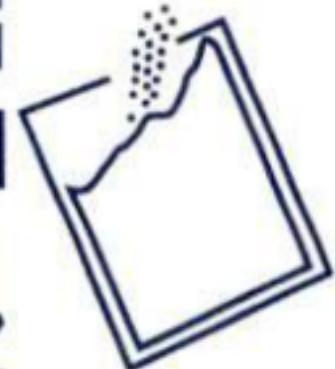
LOT: 644293

PER: 11/21



puisable en sachet  
poudre pour suspension

1g / 125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g<sup>/125 mg</sup> sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

PPU: 126,30 DH

LOT: 644293

PER: 11/21



فلاجيل® 500 ملغ

ميترونيدازول

20 قرصا مغلفا - عن طريق الفم

Flagyl 500 mg

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 02 2025

LOT : 20E021

6  
1180000160062

P.P.Y : 49DH80

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ  
20250 Casablanca

# ZEGAS®

Esomeprazole



20 mg  
Voie Orale  
Oral route

Gélules gastro-résistantes / Gastro-resistant capsules

14 x



  
**COOPER**  
PHARMA

PPV 82.10D H  
EXP 02/2022  
LOT 200701

# ميتوسباسميلا®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمتكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

نام الصنعة / LOT :  
ن. انتاج / FAB :  
ن. ص. EXP /

vn8483  
02-2020  
02-2023

مايوني  
سبندر

## QUANTITÉ PAR GÉLULE :

*Bifidobacterium infantis*, souche 35624<sup>®</sup>, 1 milliard de bactéries par gélule.

## INGRÉDIENTS :

Amidon de maïs, enveloppe de la gélule : hydroxypropyl-méthylcellulose, souche bactérienne *Bifidobacterium infantis*, souche 35624<sup>®</sup>, antiagglomérant : sels de magnésium d'acides gras ; saccharose, tréhalose\*, agent stabilisant : citrate de sodium.

\*Le tréhalose est une source de glucose.

Consommer de préférence dans les 30 jours suivant la première utilisation. Conserver à température ambiante. Ne pas conserver au réfrigérateur.

A consommer de préférence avant fin : voir sous l'étui.

Alflorex<sup>®</sup>, 35624<sup>®</sup> et PrecisionBiotics<sup>®</sup> sont des marques déposées de PrecisionBiotics LTD, une société du Groupe Alimentary Health, tous droits réservés.



**SYMBIOSYS**  
**alflorex<sup>®</sup>**

Complément alimentaire

Poids net : 7,5 g

N° lot :

A consommer de préférence avant fin :

Importateur Exclusif  
**Biocodex Maroc**  
Technopole - Aéroport Mohamed V  
B.P. : 126 - Nouaceur-Maroc  
[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)  
P.P.C. 245,00 DH

DA 64/1

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament  
N° DA 2018106751DMP / 20UCA / MA v3

# Drcteur Ghizlane BOUDEGGA

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif  
et du foie

Diplôme de Proctologie de l'Université de Rennes  
(hémorroïdes, fissure, fistule)

Endoscopie digestive

Certificat Universitaire d'échographie de Casablanca

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd

# الدكتورة غزلان بودغا

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،

الكبد وأمراض المخرج

الشخص الداخلي بالمنظار

الشخص بالصدى

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد



Casablanca, le

10/09/2020

الدار البيضاء، في

Nr Bennakhlef Rachid

11 Smack 1



5240 1 sachet x 31 x 10

21 Neologyl 2(2)



3440 x 2 g x 31 en cas de douleurs.

x 31 Specimen 500 mg

12120 1 g x 2f après repas x 0F.

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Médicament Extinction Casab Tel 23.17.04

Dr. Ghizlane BOUDEGGA  
Hépato-Gastro Entérologue-Proctologue  
158, Av. Omar Al Khayam 1er Etage N° 1  
Beauséjour - Casablanca  
Tel : 05 22 36 86 18

158، شارع عمر الخيام، الطابق الأول، رقم 1، بوسيجور الدار البيضاء

158, Av. Omar Al khayam - 1er étage, N° 1 - Beauséjour - 20200 Casablanca

📞 : 05 22 36 86 18 - 📩 : boudegga.ghizlane@gmail.com

# NEALGYL® 80 mg

Phloroglucinol

PPV: 34DH40  
PER: 10/22  
LOT: 12336



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

20 comprimés  
orodispersibles



Voie orale

# NEALGYL® 80 mg

Phloroglucinol

PPV: 34DH40  
PER: 10/22  
LOT: 12336

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

20 comprimés  
orodispersibles



Voie orale

# smecta®

Diosmectite

orange-vanille

PER : 04 2023  
LOT : 20E013

9

1180000011460



SMECTA ORANGE VANILLE  
36 SACHET B30



P.P.V : 520H40



Orange & Vanille

ADULTES ET ENFANTS  
DE PLUS DE 2 ANS

