

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2156 Société : A

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERIWAL BOUCHA AIB

Date de naissance : 01.06.65

Adresse : S10 - 13LOC 119 N° 66 case 156999

Tél. : 07.07.182650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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
4/4/2023 C2			250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/04/23	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G 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



**Coélochirurgie
Chirurgie Digestive
Chirurgie Thyroïdienne
Chirurgie Gynécologique
Chirurgie Proctologique**

الجراحة بالمنظار
جراحة الجهاز الهضمي
جراحة الغدة الدرقية
جراحة أمراض النساء
جراحة البواسير

الدار البيضاء في: ٤ /٤ /٢٠٢٣ Casablanca Le :

New Boujil Pasha

رقم 49، الطابق الثاني شارع النيل - سidi عثمان، الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 55 51 52
N°49, 2^{ème} étage Bd. Nil - Sidi Othmane, Casablanca - Tél. : 05 22 55 51 52

في حالة الطوارئ ٠٦ ٦١ ٢١ ٣٨ ٥٠ en cas d'urgence

Carboxane

Charbon végétal activé - Wakamé - Rhubarbe - Menthe poivrée

LOT : 220870
PER : 11/2025
FPC : 73, 50DH

Carboxane
Boîte de 30 comprimés

FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimé, boîte de 30.

COMPOSITION (Par comprimé) :

Charbon végétal, poudre de wakamé, huile essentielle de la menthe, extrait sec de rhubarbe, Fruct

PROPRIÉTÉS :

Carboxane® à base d'actifs contre les ballonnements, flatulences et spasmes irritants de l'intestin.

UTILISATION :

Carboxane® est recommandé en cas de :

- Ballonnement et Flatulences.
- Constipation, paresse intestinale.
- Colopathie fonctionnelle.
- Digestion difficile.
- Spasmes, Coliques.

CONSEILS D'UTILISATION :

A prendre de préférence après les repas :

- Ballonnement : 1 comprimé 2 à 3 fois par jour.
- Constipation : 2 comprimés 2 à 3 fois par jour.

PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :

- A utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Respecter la dose journalière recommandée.
- Tenir hors de la portée des jeunes enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research s.r.l. - Italie

Importé au Maroc par MEDIPRO Pharma

Autorisation du Ministère de la santé N°20221310269/MAv4/CA/DPS/DMP/18

Spasmopriv® 100 mg

**Gélule
Mébévépine**

QUELLE EST LA COMPOSITION DE SPASMOPIV? COMMENT L'IDENTIFIER?

PPV: 28DH70
PER: 11/24
LOT: K319Z

Spasmopriv® 100 mg est un médicament souffrant de la goutte contenant :

- **Une substance active** : le chlorhydrate de mébévépine
 - **D'autres composants** : le lactose, l'amidon de pomme de terre, la povidone, le stéarate de magnésium, l'indigotine, la gélatine et le titane dioxyde.
- Excipient à effet notable : lactose.

QU'EST-CE QUE SPASMOPIV® 100 mg ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

C'est un ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

Ce médicament est indiqué dans :

- les douleurs spastiques du tube digestif et des voies biliaires,
- l'inconfort intestinal.

INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE SPASMOPIV® 100 mg

SPASMOPIV® 100 mg NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- en cas d'allergie à l'un des constituants
- chez l'enfant de moins de 6 ans.

Prendre des précautions particulières avec SPASMOPIV® 100 mg

• Précautions d'emploi

Grossesse

L'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée en cours de grossesse que si nécessaire.

DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT.

Allaitement

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT.