

# 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

- 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.

M22- 0035334

Optique *164035*  Autres

*RAN Hanafi*

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8499*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BOUAFI FOUZIA*

Date de naissance : *10/01/1983*

Adresse :

Tél. : *013860914*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

*21/01/2023*

Nom et prénom du malade :

*DAIF Fouzia* Age : *58 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*en orthopédie*

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 le caractère 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 : *Centre Allal Ben Abdellah*

Le : *6/1/2023*

Signature de l'adhérent(e) :



*Fouzia*

*I. BOUZACHANE*

### 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
02/05/2023	GS	1	300/-	Docteur HARIT Mohamed CHIRURGEN 24, Rue Alioussi - Bourgogne (Face Clinique BAB) - Casablanca Tél : 05 22 27 07 79 - 05 22 22 32 83 INP : 91073940

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA MISSION Résidence Al-Boustane 2 Rue "I" AN 14 Casablanca Tél : 05 22 24 19 37	02-05-23	181.90

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
<b>H</b>	25533412	21433552		
00000000	00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
00000000	00000000			
35533411	11433553			
<b>G</b>				
<b>B</b>				
<b>D</b>				
<b>H</b>				
<b>G</b>				
<b>D</b>				
<b>B</b>				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

*Docteur HARIT Mohamed*

- Ancien Interne des Hôpitaux
- Ancien Chirurgien à l'Hôpital Averroès
- Ancien Chef de Service de Chirurgie  
à l'Hôpital Sidi Soufi

- Chirurgie Biliaire et Digestive
- Chirurgie Gynécologique et Proctologique
- Chirurgie du Sein et de la Thyroïde
- Coelio Chirurgie - Chirurgie de l'Obésité
- Chirurgie des Varices
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie Colo-Rectale

Tél.: 05 22 27 07 79 /  
05 22 26 91 51  
CASABLANC

Consultation de 15h à 19h

الدار البيضاء في ٢١٠٥١٩٥٧٣ Casablanca le :

Daij Fæbjæ

1) IneSe 20 moy

38.30 10/13

## 2) Gaussian Soluti

83,000 reçus à son arrivée chaque repas

31 Decided sprout

1 PLELI

Dr HABIB Mohamed  
CHIRURGIEN  
34, Rue Alloussi - Bourgogne  
(Pace Clinique BADRI - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 07 79 - 05 22 22 32 83  
INP 91 3940

Cabinet : 24, Rue Al Alloussi - ( face clinique 'BADR' )

**EN CAS D'URGENCE :** في حالة الاستعجال الاتصال بمصحة بدر :

CLINIQUE BADR : 35, Rue Al Alloussi - (face mosquée BADR) - Tél.: 05 22 49 28 00



**Sirop**  
Voie orale

# DociVox

**Sirop naturel sans conservateur**

**Deva**  
Thérapie

## FORMES ET PRESENTATIONS

DociVox sirop - Flacon 200 ml - Flacon 125 ml

## PROPRIETES :

DociVox sirop naturel est à base d'extraits de plantes (le Thym, la Mauve et le Mélèze), d'huile essentielle d'eucalyptus, du miel et de la propolis.

adoucit la gorge irritée en cas de toux et renforce les défenses

DociVox sirop naturel ne contient pas de conservateur.

## UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées - Gorge irritée - Toux - Enrouement.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Adulte : une cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dans tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

DociVox sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des cor

- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.

- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne so

- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

**GAVISCON® ADVANCE GOÛT MENTHE**

500 mg / 100 mg

Alginate de sodium/ bicarbonate de potassium

Suspension buvable

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 7 jours.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien, ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Dans cette Notice ?

1. Qu'est-ce que GAVISCON ADVANCE Goût Menthe, et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ?
3. Comment prendre GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ?
6. Contenu de l'emballage et autres info

### **1. QU'EST-CE QUE GAVISCON ADVANCE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique :** Autre l'ulcère peptique et de la maladie du reflux (RGO). **Code ATC :** A02BX

### **Indications thérapeutiques :**

Traitement des symptômes associés au reflux tels que les réurgitations acides, les brûlures d'indigestion (se manifestant suite au reflux stomacal), notamment après une chirurgie d'une hernie hiatale, pendant la grossesse et une œsophagite de reflux.

98,90  
AEB978  
10/2024

3211639

La dose recommandée est de :

**Adultes (y compris les personnes âgées) et enfants à partir de 12 ans :** une à deux-cuillères-mesures de 5 ml après les repas et au coucher.

**Enfants en dessous de 12 ans :** uniquement sur avis du médecin.

Déchirer le long de la ligne perforée. Pressez la suspension au bas du sachet, soit directement dans la bouche, soit dans une cuillère-mesure de 5 ml.

Consultez votre médecin si les symptômes persistent après 7 jours.

### **Si vous avez pris plus de GAVISCON ADVANCE GOÛT MENTHE**

Si vous avez pris trop de Gaviscon Advance, prenez immédiatement contact avec votre médecin, votre pharmacien ou le centre Anti-Poison.

Si vous avez pris trop de Gaviscon Advance vous pouvez toutefois éprouvez une sensation de ballonnement.

Consultez votre médecin ou votre pharmacien si cette sensation persiste.

### **Si vous oubliez de prendre GAVISCON ADVANCE GOÛT MENTHE**

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. Il suffit de continuer à prendre le médicament à la dose recommandée.

### **Si vous arrêtez de prendre GAVISCON ADVANCE « Sans objet ».**

### **4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous présentez ces effets indésirables, arrêtez de prendre ce médicament et consultez immédiatement votre médecin.

Une réaction allergique à l'un des constituants est très rare (< 1/10,000).

Les symptômes peuvent se manifester par une éruption cutanée, des démangeaisons, des difficultés respiratoires, vertige, ou des gonflements du visage, des lèvres, de la langue, ou de la gorge.

### **Déclaration des effets secondaires :**

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.