

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0035334

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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

RELEVÉ 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
02/05/23	G2	1	300/dh	Docteur HARIT Mohamed CHIRURGIEN 24, Rue Alloussi - Bourgogne (Face Clinique BABY) - 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

02-05-23 171.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT
MASTICATOIRE

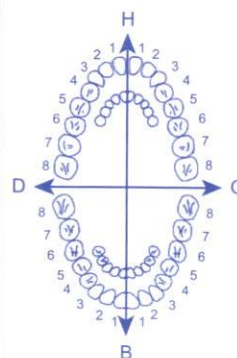
H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Docteur HÂRIT 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

CASABLANCA

Consultation de 15h à 19h

الدكتور حارث محمد

- داخلي سابق بمستشفيات المغرب
- جراح سابق بمستشفى ابن رشد
- رئيس سابق بقسم الجراحة
- بمستشفى سيدي الصوفي

- الجراحة بالمنظار
- جراحة السمرة
- جراحة القنوات المرارية
- جراحة الجهاز الهضمي و البواسير
- جراحة الثدي والغدة الدرقية

05 22 27 07 79 /

05 22 26 91 51

الهاتف :

الدار البيضاء

Casablanca le : 07/05/2007 في الدار البيضاء

Daif Fawzia

1) Imesce 20 mg

38.90

1815

2) Cavuscan Soluté

83.00

1 c.a soup après chaque repas

3) Decinex Spray

171.90

1 pulv 3x

Docteur HÂRIT Mohamed
CHIRURGIEN
24, Rue Al Alloussi - Bourgogne
(face Clinique BADR) - 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 الإتصال 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



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.

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 composants.

- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.

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

- 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 aux troubles tels que les régurgitations acides, les brûlures, l'indigestion (se manifestant suite au reflux gastrique), notamment après une chirurgie d'une hernie hiatale, pendant la grossesse ou une oesophagite de reflux.

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 éprouver 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 oubliée 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.

98,90

AEB978

10/2024

3211639