

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- 0025397

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Nouji Mohammed

Date de naissance : 1942

Adresse : INARA I Rue 1 N° 1 - Caser

Tél. : 06 23 24 88 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Nouji Mohammed Age : 19 42

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 : Caser

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACIMA AL INARA Hamid Hazzaz Docteur en Pharmacie Marjane Market Al Inara AV 2 Mars, Local B6, Ain - 49 12 85 22	16/6/23	60.80
PHARMACIE ACIMA AL INARA Hamid Hazzaz Docteur en Pharmacie Marjane Market Al Inara AV 2 Mars, Local B6, Ain - 49 12 85 22		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

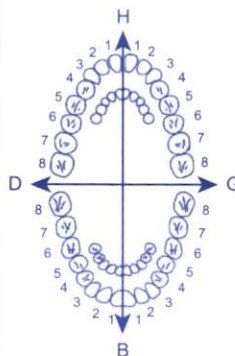
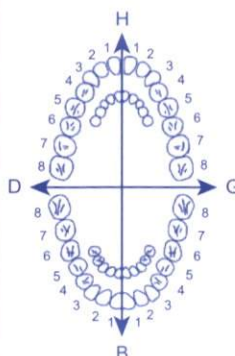
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

تأثير العلاج على القدرة على السياقة أو استعمال الآلات

بدون موضوع
سواء ذات تأثير معروف
يحتوي هذا الدواء على السكروز. لا ينصح باستخدام هذا الدواء عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز. متلازمة سوء امتصاص الكليكووز والجلالكتوز أو نقص في سوكريس/ايزومالز (الأمراض الوراثية النادرة).

3. كيف يستعمل دواء أوكاربون ؟

تعليمات للاستخدام السليم
بدون موضوع
طريقة. تردد أخذ الدواء ومدة العلاج :
الجرعة

البالغون والأطفال ابتداءً من 12 سنة:

من 1 إلى 2 أقراص، ثلاث مرات / اليوم أثناء أو بعد الوجبات للحصول على تأثير ملين خفيف وخفض الانتفاخ. لتأثير ملين أكثر قوة يمكن زيادة جرعة المساء إلى 3 أو 4 أقراص. الاختيار الإشعاعي:

لتنظيف مكثف و التخلص الكلي من غازات الجهاز الهضمي (قبل الاختبارات الإشعاعية إلخ...) 6 إلى 8 أقراص في المساء قبل القيام بالاختبار.

علاج داء القولون العصبي:

2 إلى 3 أقراص مرتين إلى 3 مرات في اليوم، ينبغي تخفيض الجرعة عند تحسن الأعراض من 1 إلى 2 أقراص، مرتين/اليوم.

الجرعة الضرورية لتأثير فعال يمكن أن تختلف من شخص لآخر.

طريقة أخذ الدواء

عن طريق الفم

تناول الأقراص مع كمية كبيرة من السوائل أثناء أو بعد وجبات الطعام.

الاستعمال عند الأطفال و المراهقين

بدون موضوع

الأعراض والاحتياطات التي يجب القيام بها في حال أخذ جرعة زائدة:

إذا أخذت جرعة زائدة من أوكاربون

المسهلات بشكل عام يمكن أن تكون سببا في عدم توازن مائي و إلكتروليتي و نقص في القدرة على تحمل مركبات الديجيتال.

حدوث الإسهال هو علامة على تجاوز الجرعة، والدواء يجب إما إيقافه أو النقص من الجرعة. يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي فورا.

الاحتياطات اللازمة في حال نسيان جرعة أو أكثر

بدون موضوع

إرشادات عند الحاجة متعلقة بخطر الإدمان

بدون موضوع

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟

مثل أي دواء، يمكن لهذا الدواء أن يتسبب عند بعض المرضى في ظهور آثار جانبية غير مرغوب فيها.

ليس هناك أي أثر جانبي في حال احترام الجرعة. حتى في حالة العلاج الطويل المدى، ليس هناك أي تأثير على التوازن بين الفيتامين k، الماء والأملاح المعدنية.

ومع ذلك الجرعات العالية جدا يمكن أن تحدث خللا في التوازن الألكتروليتي.

المستخدم

Lot:

4 3 1 0 A

EXP:

0 2 / 2 0 2 7
3 2 / 0 0 D H S

PPV:

3200

برضا
أق السنأ، كبريت منقى

تحتوي على معلومات مهمة بالنسبة لكم.

يجب عليكم دائما أخذ هذا الدواء باتباع بدقة المعلومات المقدمة في هذه النشرة أو من عند طبيبك أو الصيدلي.

- احتفظوا بهذه النشرة، لأنكم قد تحتاجون إلى قراءتها من جديد.

- توجهاوا لطبيبكم أو الصيدلي من أجل أي نصيحة أخرى.

أو لاحتظتم بأحد آثار جانبية

أو إذا كنتم تشعرون

Ponstyl® 500 mg

20 Comprimés enrobés

6 118000 250647

EXP:

LOT N°:

28/80

20 قرصا مغلفا 500 مللي

مسكن - مضاد الحمى

دواعي

أوكاربون يحتوي سبط على عناصر نباتية ومعدنية فعالة.

أوكاربون لديه تأثير مزدوج: منظم لوظيفة الأمعاء وملين خفيف.

القدم النباتي يتميز سموم البكتيريا والسموم الناجمة عن عملية الإستقلاب. أوراق السنأ

وجذور الراوند يقومان بالإجلاء السريع للسموم المتصقة بالقدم.

بالإضافة إلى ذلك أوكاربون لديه تأثير مطهر طفيف للأمعاء، مضاد للتشنج ومنعم.

يستعمل أوكاربون في الحالات التالية:

- سوء الهضم، عسر الهضم

- الانتفاخ، انتفاخ البطن بالغازات، سخام، خروج الغازات

- تعفن وتخمر على مستوى الأمعاء

- التسمم الذاتي للأمعاء

- كسل الأمعاء

- جميع أنواع الإمساك

للنقصات الناتجة عن الرأب أو أي شقوق في