

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 0610

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal

Ali

Date de naissance :

01/01/1966

Adresse :

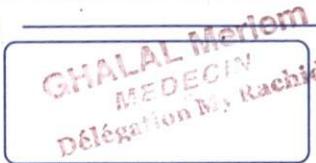
Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 62,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2013

Nom et prénom du malade :

Fatima Sulejji

Age : 60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infection urinaire

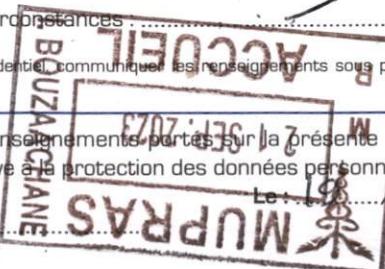
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



INPE: 071050843

### 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
01/01/23	C	gratuité		GHANAH Kachid Délégué au Dr Kachid

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/23	625

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				

H				DEBUT D'EXECUTION
25533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			

H				FIN D'EXECUTION
25533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			

H				COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			

H				DATE DU DEVIS
25533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			

H				DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# URISPAS®



LOT 230543 1  
EXP 02 2026  
PPV 62,50 62,50

Veuillez lire attentivement ce avant de prendre ce médicament. Si vous avez des questions, avez un doute, demandez des informations à votre médecin ou pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de vous y référer à nouveau.

**DENOMINATION**  
URISPAS ®

**COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**

Flavoxate chlorhydrate (DCI)....200 mg  
Excipients...q.s.p un comprimé pelliculé

**FORME PHARMACEUTIQUE**  
Comprimé pelliculé, Boîte de 30.

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

Antispasmodique urinaire.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT**

Vessie irritable (incontinence d'urgence, dysurie, ténésme vésical, douleurs suprapubliennes, pollakiurie et nycturie) dans le cas de :

- cystite, urétrite, urétrocystite, trigonite et prostatite,
- hyperplasie bénigne de la prostate,
- lithotripsie extracorporelle,
- cathétérisme ou cystoscopie,
- intervention chirurgicale sur les voies urinaires inférieures.

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT**

**EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN**

- Hypersensibilité au produit;
- Lésions obstructives pyloriques

- Glaucome par fermeture de l'angle.

**GROSSESSE - ALLAITEMENT**

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENIR AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS PREVENIR VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE UN MÉDICAMENT.

Il convient d'éviter l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse.

L'administration de ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

**CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES**

A utiliser avec précautions chez les personnes utilisant des machines ou conduisant un véhicule à moteur car le flavoxate peut provoquer fatigues, vertige, et troubles visuels.

**LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS**

Le lactose est un excipient à effet notoire, contre-indiqué chez les personnes souffrant d'une galactosémie ou de syndrome de malabsorption du glucose/galactose ou déficit en lactase.

**COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT**

**POSOLOGIE**

Pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans : en principe, 1 comprimé 3 fois par jour jusqu'à disparition des symptômes.

# ORDONNANCE

Mardi le 19/09/2013.

Mr/Mme Fatima Ouliji

625<sup>o</sup>

① Uriaspas cp -

Acpx3 l/jr

