

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.

N° W19-476610

ND → 17545

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9271

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : XAKOUT Abdellatif

Date de naissance : 09-03-67

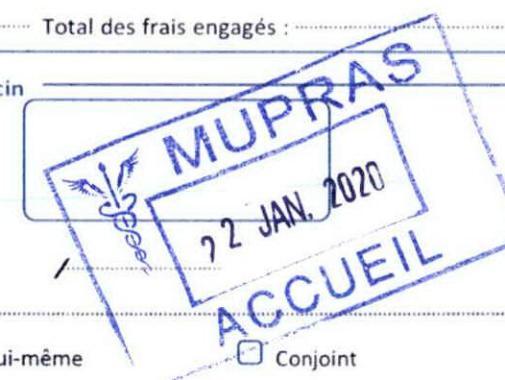
Adresse :

Tél. : 0611899083

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Prénom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMALI Bouchaib	20/12/13	54,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

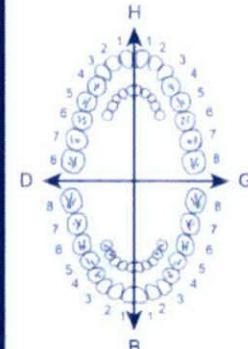
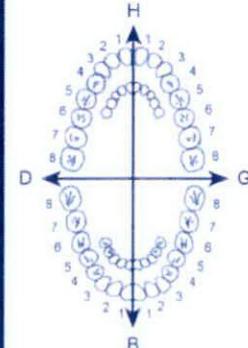
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>												
DATE DU DEVIS		<input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>												
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>														
<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G														
														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE</p>														



PHARMACIE OULED HRIZ

Docteur en pharmacie

R.C : Patente:

T.V.A :

Tél :

Le 20/12/2019

FACTURE N°158703

N° ICE :

YAKOUTI SOFIANE

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DUSPATALIN CO 200MG 20G	54,00	54,00	3,53	7,00
<i>KAMILI Bouchair Pharmacie Ouled Hriz 124, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295</i>					
TOTAL T.T.C :					54,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	54,00	Montant :	3,53	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Quatre Dirhams.

DUSPATA

200 mg Chlorhydrate de mébé

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V : 54DH00
LOT : 8MA028
PERIOD 2027


6 118000 010531

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DUSPATALIN 200 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule ?
3. Comment prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DUSPATALIN 200 mg, gélule ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DUSPATALIN 200 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC

DUSPATALIN 200 mg contient du chlorhydrate de mébérine. Il appartient à un groupe de médicaments appelé antispasmodiques, qui agissent sur votre intestin.

DUSPATALIN 200 mg est utilisé pour soulager les symptômes des troubles fonctionnels intestinaux. Ces symptômes varient d'une personne à l'autre mais peuvent inclure :

- des douleurs et des crampes du ventre
- une sensation de ballonnements et des flatulences
- une diarrhée, une constipation ou une association des deux
- des petites selles (fèces) dures, en forme de granulés ou de ruban.

En l'absence d'amélioration ou si les symptômes s'aggravent, consultez votre médecin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DUSPATALIN 200 mg, gélule?

pris ou pourriez prendre
Grossesse et allaitement
Si vous êtes enceint
planifiez une grossesse
prendre ce médicament
DUSPATALIN 200 mg
DUSPATALIN 200 mg
Votre médecin pour
prendre un autre médicament
Demandez conseil à
prendre tout médicament
Conduite de véhicule
Aucun effet suscep
utiliser des machines

3. COMMENT PRENDRE DUSPATALIN 200 mg, gélule ?

Veillez à toujours prendre les indications de votre pharmacien en cas de grossesse ou d'allaitement.

Posologie

Adulte

La posologie usuelle

Mode d'administration

Voie orale.

La gélule sera prise

Fréquence d'administration

Se conformer strictement aux instructions du

Durée de traitement

Se conformer strictement aux instructions du

Si vous avez pris plus de 10 gélules

Consultez immédiatement un

Si vous oubliez de prendre

• Si vous oubliez une gélule, prenez

l'heure habituelle.

• Ne prenez pas de gélules oubliées de prendre

Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments, DUSPATALIN 200 mg, gélule peut provoquer des effets indésirables, mais il est difficile de les prévoir.