

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

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 Abdelmajid

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 :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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) :

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.

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMALI Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz 24, Bd. Mohamed V, Berrechid Tel: 0542 33 78 51 INPE 062047295	20/12/19	54.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

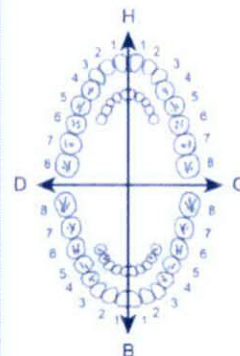
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

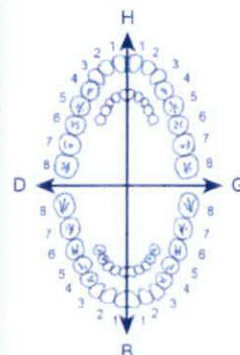
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

DUSPATA

200 mg Chlorhydrate de m  b  verine

LOT : 8MA028
PER.00 2021

DUSPATALIN 200MG
GELU B20

P.P.V : 54DH00



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 UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC

DUSPATALIN 200 mg contient du chlorhydrate de m  b  verine. 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 (f  ces) 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    CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DUSPATALIN 200 mg, gélule ?

pris ou pourriez prendre

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte

planifiez une grossesse

prendre ce médicament

DUSPATALIN 200

DUSPATALIN 200

Votre médecin pourra

prendre un autre médicament

Demandez conseil à votre médecin

prendre tout médicament

Conduite de véhicule et machines

Aucun effet susceptible de

utiliser des machines

3. COMMENT PRENDRE DUSPATALIN 200 mg, gélule ?

Veuillez à toujours respecter les

indications de votre médecin

pharmacien en cas de doute

Posologie

Adulte

La posologie usuelle est de 2 gélules

Mode d'administration

Voie orale.

La gélule sera prise avec de l'eau

Fréquence d'administration

Se conformer strictement à la posologie

Durée de traitement

Se conformer strictement à la posologie

Si vous avez pris plus de DUSPATALIN 200 mg, gélule

Consultez immédiatement votre médecin

Si vous oubliez de prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule

• Si vous oubliez une prise, ne prenez pas de rattrapage

l'heure habituelle

• Ne prenez pas de DUSPATALIN 200 mg, gélule

oublié de prendre DUSPATALIN 200 mg, gélule

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

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments, DUSPATALIN 200 mg, gélule

indésirables, mais il est important de savoir que