

# 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

- 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.

Matricule : *2292* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *ABOULKABI LA Abdallah*

Date de naissance : *21/01/57*

Adresse : *5, la colline I addaïla n° 100 casablanca*

Tél. : *0661832550* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : *ABOULKABI LA Abdallah* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Goutte & Pathologie oculaire et ORL*

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 : *casablanca* Signature de l'adhérent(e) : *M. ALLACCUEIL 08/08/2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

 *12 SEP. 2022*

## 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 Parlement des Actes
29/08/22 ls			200,00	Dr. TAZI Ancien Médecin à l'Hôpital Médicale de Tunisie Echographe - ECG Reporté au Dr. El Béchir Téleos 22/08/22 ls Cst. 00-14312

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>29/09/29 HARMACIE FLORIDA Dr. ZIAD MOHSSIN otissement Flora - Casa Sidi Maâture - Casa Tél: 32 10 59</p> <p><i>AM</i></p>		211.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a 3D structure, likely a protein or nucleic acid, with various components labeled. The top part is labeled 'H' and features a vertical axis with numbered nodes (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) and circular features. The bottom part is labeled 'B' and also has a vertical axis with numbered nodes (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). A horizontal double-headed arrow labeled 'D' is positioned between the two vertical axes. To the right of the structure is a label 'G'.

## **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Othman L.TAZI

Médecine Générale - Médecine du Travail

ECG - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور عثمان الحسين التازي

الطب العام - طب الشفاف

التخطيط الطبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Casablanca, le

29/08/2022

الدار البيضاء، في

18,20 M<sup>2</sup> ABOULKABILA Abdallah



1 Augmentin 1g sachets

14,80 x 21 sachet x 21j pdt 08 jours

2 Vitamine C 1000 mg cp eff (N<sup>92</sup>)

98,90 1 cp eff x 21j

3 Gaviscon sachets

56,30 x 3 sachet x 31j à distan

4 Dure 25000 UI amp bi

5 amp/ semaine pdt 03 m

31,30 x 3 Zyloric 200 mg cp (N<sup>9</sup>)

6 10,10 x 21 1cp/1j le soir pdt 03

7 Sterdex pommade ophtal

8 7 app x 31j pdt 07 jan

9 Beloxium B6 300 mg gélules

10 1 gell/j le soir pdt 01 m

LOT 211104  
EXP 04/2025  
PPV 31-30

31,30

LOT 211104  
EXP 04/2025  
PPV 31-30

31,30

LOT 211104  
EXP 04/2025  
PPV 31-30

31,30

صيدلية فلوريدا  
PHARMACIE FLORIDA

Dr. ZIAD Mounia

STERDEX pomme ophthalmique  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Enreg. MA : n° 107/14 DMP/21/NRQ  
107/14 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

21762

STERDEX pomme ophthalmique  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Enreg. MA : n° 107/14 DMP/21/NRQ  
107/14 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

21762

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K23D  
EXP: 11/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K27D  
EXP: 09/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K23D  
EXP: 11/2023

PPV: 168,20 DH  
LOT: 647988  
PER: 08/23

VITAMINE C 1g  
Boîte de 10 comprimés effervescents  
P.P.V.: 14,80 DH  
6 118000 190929

VITAMINE C 1g  
Boîte de 10 comprimés effervescents  
P.P.V.: 14,80 DH  
6 118000 190929

# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

## Dénomination du médicament :

**GAVISCON® ADVANCE GOÛT MENTHE**

**500 mg / 100 mg**

**le sodium/ bicarbonate de potassium**

**Suspension buvable**

Pharmaceutical Institute  
R.S. 2000 AZZA Region Rabat  
PPV : 98 DH 90

**VEZ 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 informations.

## **1. QU'EST-CE QUE GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

**Classe pharmacothérapeutique** : Autres médicaments de l'ulcère peptique et de la maladie du reflux gastro-œsophagien (RGO). **Code ATC** : A02BX

## **Indications thérapeutiques :**

Traitements des symptômes associés au reflux gastro-œsophagien tels que les régurgitations acides, les brûlures d'estomac et l'indigestion (se manifestant suite au reflux du contenu stomacal), notamment après une chirurgie gastrique, à la suite d'une hernie hiatale, pendant la grossesse ou en association avec