

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7595 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : VILLE

Nom & Prénom : GLAIDI K. el Tamm

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Loubra BERRADA
Medecin Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
H.H Casablanca
05 22 90 55 77

Date de consultation : 12/10/2022

Nom et prénom du malade : NASRY EL HOUSSINE Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. N. ABD

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

13 NOV. 2022

ACTU 1
13 NOV. 2022
MUPRAS
TAKAN

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
12/10/2022	CS		1500H	Dr. Loubna BERRADA Médecin Généraliste C32 Rés Al Firdaus Casablanca 29 90 56 25

EXECUTION DES ORDONNANCES Tél.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Adel BIDAH Boulevard OUM ERRABBI HAY HASSAN CASABLANCA Tél. 05 22 90 88 72	12/10/22	92,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

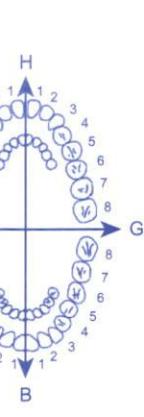
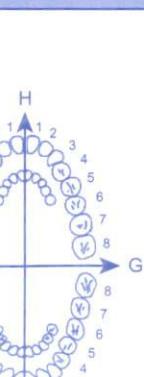
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
	(Création, remont, adjonction)				Montants des soins											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					Date du devis											
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Loubna BERRADA ZERQUALI

Médecine Générale

Echographie
Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة براادة لبى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le :

Patient (e) :

12/10/2022,
NASSA EL Housini

19.5° x IEGAS Fon 803



72.80 x Asthme l. l. 8
16 w
16 w
16 w



92.3°

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Adnane BIDAH

49, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,
EL OULE, CASABLANCA Tel. 05 22 90 88 72

Dr. Loubna BERRADA
Medecin Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
H.H Casablanca
Tel. 05 22 90 56 25

App. N° 1, Imm, C32, Rée de chaussée, Résidence Al Firdaous - Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 56 25

05 22 90 56 25 ، سقلي إقامة الفرسون الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف :

شقة رقم 1، عمارة C32

Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est à dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.

Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.

Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez là, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS

PRÉSENTATION

MEGASFON® 80 mg et 160 mg, comprimés orodispersibles boîte de 10 et 20.

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires, boîte de 8.

COMPOSITION

Substance actives : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® suppositoires contient 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de Triméthylphloroglucinol par suppositoire.

Excipients : qsp 1 comprimé orodispersible ou 1 suppositoire.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

grossesse
Phloroglucinol

Si vous êtes une femme enceinte, consultez votre pharmacien ou votre médecin. Il doit être envisagé de prendre ce médicament.

Allaitemt

L'utilisation de ce médicament n'a pas été étudiée dans l'allaitement. Demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin.

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Lactose, aspartam.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

Posologie

MEGASFON® 80 mg comprimés orodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants. Chez l'enfant, 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés orodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé orodispersible, au moment de la crise. Renouvez en cas de spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 3 comprimés de MEGASFON® 160 mg par jour.

MEGASFON® suppositoires : 3 suppositoires par 24 heures.

Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Voie orale.

Chez l'adulte, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau ou le laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau.

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale.

LOT : 7072

UT. AV : 02-24

P.P.V : 19 DH 50

Antimetil® est à base d'extrait standard à 10% de **gingérols**, doué de propriétés stoppent les vomissements et préviennent le mal de transport.

Antimetil® est une réponse adaptée et spécifique sans effets indésirables garantissant une sécurité optimale pour les femmes enceintes.

Antimetil® est un antiémétique complet et efficace à action rapide dont l'efficacité est prouvée,

Antimetil® sous forme de petits comprimés faciles à avaler, convient aux adultes et aux enfants.

MODE D'ACTION

De nombreuses études, réalisées entre autres auprès de femmes enceintes, ont permis de démontrer la **fiabilité** du gingembre.

CONSEILS D'UTILISATION

Adultes

2 comprimés,
1 à 4 x / jour.

Femmes enceintes

1 comprimé,
matin et midi.
(maximum 2 comprimés)

Enfants

1 comprimé,
1 à 4 x / jour.
(maximum 4 comprimés)

Antimetil® possède en effet une grande

A consommer de préférence avant fin :



TILMAN S.A. • Z.I. Sud 15 •
B-5377 Ballonville
• www.tilman.be

Importé et distribué par ESNAPHARM 7, rue
Abdelmajid Benjelloun - Mâarif extension
Casablanca - Maroc

10/2025
21 J 01

72,80 DH

glycérol - Antiagglomérants : dioxyde de silicium, talc, sels de magnésium d'acides gras - colorant : dioxyde de titane.

* 10% de gingérols : 50 mg d'extrait standardisé équivalent à 500 mg de poudre de gingembre.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.