

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 2717 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SARIB TILANI

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 16 Rue Khaldoun, 1er étage, Berrechid

Tél. : 06 24 41 15 50 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Docteur HARRIZI Azeddine**  
Médecine Générale  
Rue Ibn Khaldoun N° 121 1er Etage - Berrechid

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : SARIB TILANI Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Osteopathie fémelle

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) : ACCUEIL

Le : ..... / ..... / .....

#### **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
15/07/2022	C	01	1.10.00	DOCTEUR AYAD Médecine Générale Béiba Khaldeon N° 121 Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Jamia HAY AL MASSIRA Lot El Aoual Bd des Farés Tél.: 0522 32 75 51	15/02/23	157.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

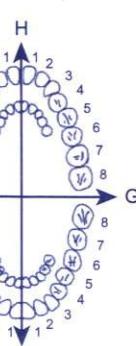
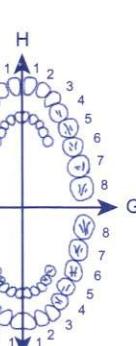
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
•				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur HARRIZI Azeddine

Médecine Générale  
échographie

الدكتور حريزي عزالدين

الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid le : 15/02/2023 برشيد في

Nom : SAIR

Prenom : Tibati

## ORDONNANCE

34.00 ١٤ osmoseur ٢٠٠٠ لتر SV

79.90 ٢٩.٩٠ g. Kal agar ١ لتر ٣٢ CP SV

٣) Libser ٤٠ ٥ ٠ ٢

44.00 ٤١ Benjdar ٢٠٠ ٤ ٥ ٢

157.90

Jannacié KAY AL MASSIRA  
Lot El amal Bd des Fars  
Tél.: 0522 22 75 51

Docteur HARRIZI Azeddine  
Médecin Général Berrechid  
Rue Ibn Khaldoun N° 121 Berrechid

زنقة ابن خلدون رقم 121 برشيد -  
الهاتف : 05 22 53 43 43

- من 5 أشهر إلى 12 شهر : 5، قطرات إلى 15 قطرة مرتة واحدة (1) في اليوم.
  - من سنة (1) واحدة إلى 3 سنوات : 15 قطرة إلى 20 قطرة مرتة واحدة (1) في اليوم.
  - من 3 سنوات إلى 12 سنة : 20 إلى 30 قطرة مرتة واحدة (1) في اليوم.
- يمكن الزيادة في عدد قطرات بكل أمان حسب الحاجة.

### احتياطات الاستعمال:

- يستعمل كمكمل لتغذية متنوعة.
  - يوضع بعيداً عن متناول الأطفال الصغار.
  - يحفظ في مكان ذو درجة حرارة ملائمة، بعيداً عن الرطوبة.
- مكمل غذائي ليس بدواء.

LOT: 221006  
PER: 12/2027  
PPC: 79,90DH

صنع من طرف فارمالايف ريسورتش إيطاليا.  
مستورد وموزع إلى المغرب من طرف طيرافارم.

رخصة وزارة الصحة رقم :

- كالماڭاز<sup>®</sup> قرص : DA20200606DMP/20UCA/MAv3

كالماڭاز<sup>®</sup> قطرات للشرب : 120201305591DMP/20UCA/MAv3



Pharmalife Research srl - Fabriqué en Italie

# OSMOSINE®

Hydroxyde de magnésium

## Composition :

Composition pour 5 ml :

Hydroxyde de magnésium ..... 1 g

Excipients : sorbitol, arôme orange, parahydroxybenzoate de méthyle sodé, parahydroxybenzoate de propyle sodé, eau purifiée et autres excipients ..... qsp

## Titulaire et fabricant :

Laboratoires SPIMACO MAROC km 4 ancienne route de l'aviation Tanger.

## Qu'est ce qu'OSMOSINE, et dans quels cas est-il utilisé.

OSMOSINE, est présenté sous forme d'une suspension orale en flacon de 260 ml. La boîte contient une cuillère qui peut mesurer des doses de 2,5 et 5 ml.

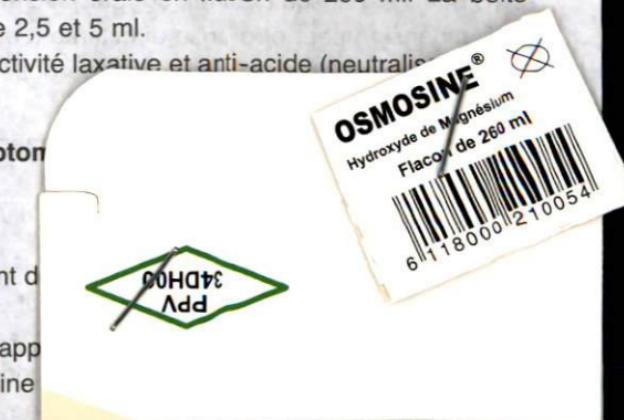
OSMOSINE, est un médicament qui possède une activité laxative et anti-acide (neutralise l'acide dans l'estomac).

## OSMOSINE, est indiqué dans le traitement symptom

## Avant de prendre OSMOSINE :

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes allergique à n'importe quel composant du médicament.
- Si vous souffrez d'une atteinte rénale grave.
- Si vous présentez n'importe quel symptôme d'apparition intestinale, tels que douleur abdominale d'origine douloureuse, nausées, vomissements ou diarrhée.



**BEVIRAN®**  
Mébénzépine (Chlorhydrate)

**FORMES ET PRÉSENTATIONS :**

- Comprimés enrobés à 100 mg - Boîte de 30.
- Comprimés enrobés à 200 mg - Boîte de 30.

**COMPOSITION :**

**BEVIRAN® 100 mg :**

Mébénzépine chlorhydrate.....100 mg  
Excipients q.s.p.....1 comprimé enrobé  
Excipient à effet notoire : lactose.

**BEVIRAN® FORT 200 mg :**

Mébénzépine chlorhydrate.....200 mg  
Excipients q.s.p.....1 comprimé enrobé  
Excipient à effet notoire : lactose.

**PROPRIETES :**

La Mébénzépine est un antispasmodique musculotrope exerçant une action puissante et sélective sur les spasmes du tube digestif.

**INDICATIONS :**

Traitements symptomatiques des douleurs et des troubles du tube digestif et des voies biliaires.

- Spasmes intestinaux, notamment du côlon (côlon irritable ou colopathies fonctionnelles) accompagnés de douleurs et éventuellement de diarrhées.
- Dyspepsies et ballonnements.

**CONTRE-INDICATIONS :**

- Hypersensibilité à la mébénzépine ou à l'un des constituants.
- Enfants de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route du comprimé.

**POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Se conformer strictement à la prescription médicale.

Adultes et enfants de plus de 6 ans :

D'une manière générale :

Enfants de 6 à 15 ans : 1 comprimé dosé à 100 mg 2 à 3 fois par jour, avec un grand verre d'eau, de préférence avant les repas.

Enfants de plus de 15 ans et adultes : 1 comprimé dosé à 200 mg 2 à 3 fois par jour, avec un grand verre d'eau, de préférence avant les repas.

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT :**

L'utilisation de BEVIRAN® est déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement.

L'administration se fera exceptionnellement et sous le contrôle du médecin traitant.

**En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

**EFFETS INDÉSIRABLES :**

Généralement réversibles à l'arrêt du traitement.

- Rarement : nausées, céphalées.
- Très rarement : éruptions cutanées avec ou sans prurit, réactions allergiques, notamment urticaire ou œdème de Quincke.

Tout autre effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice doit être signalé au médecin ou au pharmacien.

**BEVIRAN® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.**

Liste II.

**BEVIRAN® 100 mg Comprimés enrobés – Boîte de 30 : AMM N° : 1068DMP/21/AO.**

**BEVIRAN® FORT 200mg Comprimés enrobés – Boîte de 30 : AMM N° : 15**

Révision : JANVIER 2012

IN2221

