

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20-0004826

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2717 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAHIL TILANI
 Date de naissance : 01/01/1955
 Adresse : 16 Rue Khaldoun, 1er Etage, Berrechid
 Tél. : 062441450 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 15/02/2023
 Nom et prénom du malade : SAHIL TILANI Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15/02/23	C	01	150.24	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY AL MASSIRA Lot El an Bd des Fars 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

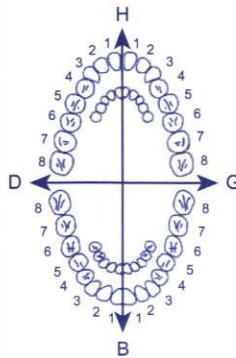
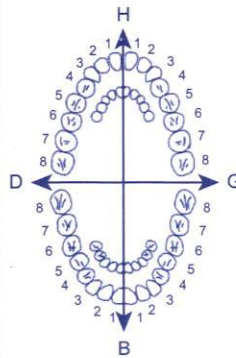
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 عز الدين


الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid le : 15/02/2023 برشيد في

Nom : SAIR

Prenom : Tiberi

ORDONNANCE

34.00 1) osmosm' 2000 

79.90 2) Kal agas 1L 3L 

3) Libray 0 0 2

44.00 4) Bervina 200 1
157.90

Pharmacie HAY AL MASSIRA
Lot El arr'el B'des Fars
Tél.: 0522 22 75 51

Docteur HARRIZI Azeddine
Médecin Généraliste
Rue Ibn Khaldoun N° 121 - Berrechid

Rue Ibn Khaldoune N° 121 Berrechid - برشيد 121 رقم خلدون زنفة ابن
الهاتف : 05 22 53 43 43

- من 6 أشهر إلى 12 شهرا : قطرات 15 قطرة مرة واحدة (1) في اليوم.
- من سنة (1) واحدة إلى 3 سنوات : 15 قطرة إلى 20 قطرة مرة واحدة (1) في اليوم.
- من 3 سنوات إلى 12 سنة : 20 إلى 30 قطرة مرة واحدة (1) في اليوم.
- يمكن الزيادة في عدد قطرات بكل أمان حسب الحاجة.

إحتياجات الإستعمال :

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

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

رخصة وزارة الصحة رقم :

كالماگاز® قرص : DA20200606DMP/20UCA/MAv3

كالماگاز® قطرات للشرب : 20201305591DMP/20UCA/MAv3

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

Pharmalife
RESEARCH



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 symptomatique

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'appendicite intestinale, tels que douleur abdominale d'origine intestinale, douloureux, nausées, vomissements ou diarrhée.



BEVIRAN®

Mébévérine (Chlorhydrate)

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

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

COMPOSITION :

BEVIRAN® 100 mg :

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

BEVIRAN® FORT 200 mg :

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

PROPRIÉTÉS :

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

INDICATIONS :

Traitement symptomatique 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 mébévérine 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.

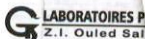
BEVIRAN® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.

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



BEVIRAN FORT®
mébévérine 200 mg
Boîte de 30 comprimés

PPV : 44,00 DH

