

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



Déclaration de Maladie

W21-830737

198689

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : Ram
 Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : MANANE HASSAN
 Date de naissance : 15/05/1951
 Adresse : 32 RUE DES BRUYERES MAARIF EXT CASABLANCA
 Tél : 0661464641 Total des frais engagés : 279,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 02 / 2024
 Nom et prénom du malade : Manane Hassan Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Hds protétique
 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 : CASI Le : 11 / 03 / 24
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

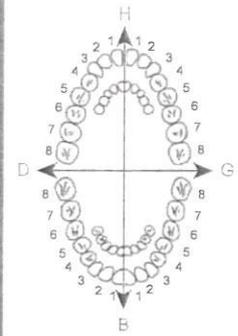
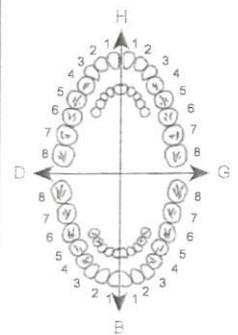


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 12/02 2024 | Cg | - | général |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 12/02/2024 | 279,00 |
| | | |
| | | |

| 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 le dent traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canelaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | | | 00000000 | 00000000 | | | D | | B | | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | | | B | | | | <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | (Création, remont, adjonction) | Montant des Honoraires | Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) | Montant des Honoraires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEROTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 091035972

CASABLANCA, LE

12/02/24



091035972

الدكتورة نوال بويه
Docteur Nawal BOUIH
 اختصاصية في العلاج بالأشعة
RADIO-ONCOLOGUE

Dr. Manane Hassan

NOVOPHARMA
P.F.V : 130.80 DH

79,50
 Carbogorb Transit

68,70 1 capsule x 34
 Fortau sachet

130,85 1 sachet x 24

317,00 1 ppa x 34

279,00 1 ppa x 34

Mme. ZINEB
 PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
 63 - 65 Bd. Yacoub El Mansour
 Tel. 0522 25 52 04 - Casablanca

Dr. N. BOUIH
 Radio Oncologue
 INPE : 091035972
 Centre Al Kindy - Casablanca

ma phar
Boulevard de l'Industrie n°8
Quartier Industriel Sid Berrouss, Cessabianca - Meroua

FORLAX 10g SAC B20
P.P.V. 3 50 DH



611800 181193

LOT : A03103
Exp : 04/2026

prendre ce
antes 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.
- 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.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
3. Comment prendre FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.
1. **QU'EST-CE QUE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique : LAXATIF OSMOTIQUE - code ATC : A06AD15 (A : appareil digestif et métabolisme).
FORLAX contient la substance active macrogol 4000 et appartient à un groupe de médicaments appelés laxatifs osmotiques. Il permet d'augmenter

forlax[®] 10g

Macrogol 4000

Enfant de plus de 8 ans/Adulte

Si vous présentez un de ces symptômes, arrêtez de prendre FORLAX et contactez immédiatement votre médecin.

Dans la mesure où ce médicament peut quelquefois engendrer une diarrhée, contactez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si :

- Vous avez une fonction rénale ou hépatique altérée,
- Vous prenez des diurétiques (médicaments augmentant l'élimination urinaire) ou vous êtes âgé, car vous êtes susceptible d'avoir une diminution de vos taux sanguins de sodium (sel) et de potassium.

En cas de trouble de la déglutition, adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre FORLAX.

Évitez de mélanger FORLAX avec des épaississants à base d'amidon si vous avez des difficultés à avaler. Cela peut entraîner la formation d'une solution liquide qui pourrait pénétrer dans vos bronches et provoquer une pneumopathie d'inhalation, si vous ne prenez pas à avaler correctement.

Autres médicaments et FORLAX

Il est possible que l'absorption d'autres médicaments et, en particulier des médicaments à une demi-vie courte comme la digoxine et les coumarines et les immunopresseurs, soit temporairement réduite lors de l'utilisation de Forlax. Une diminution de l'efficacité.

Si vous prenez ou avez récemment pris un médicament obtenu sans

autres médicaments et, en particulier des médicaments à une demi-vie courte comme la digoxine et les coumarines et les immunopresseurs, soit temporairement réduite lors de l'utilisation de Forlax. Une diminution de l'efficacité.

LOT : 230589
PER : 07\2026
PPC : 79, 50DH

الشكل و التقديم :

قرص، علبه تحتوي على 30 قرصا.

المكونات :

فحم نباتي منشط، زيوت أساسية للبسباس و النعناع الفلفلي، ألياف غذائية، مستخلص الراوند و مسحوق الواكامي (طحالب بنية) .

الخصائص :

كاربوسُرب ترانزيت* مكون من الفحم النباتي المنشط و مستخلصات طبيعية فعالة أخرى كالزيوت الأساسية للبسباس و النعناع الفلفلي و مستخلص الراوند و التي تعمل بطريقة متكاملة للقضاء على الغازات و تسهيل المرور المعوي مع الحفاظ على توازن البكتيريا المفيدة للأمعاء.

دواعي الإستعمال :

ينصح بإستعمال كاربوسُرب ترانزيت* في حالة :
- الإنتفاخ المصحوب بالإمساك.

نصائح الإستعمال :

قرص (1) إلى قرصين (2) مرتين في اليوم، ينصح بتناوله بعد الوجبات.

إحتياطات الإستعمال :

- يستعمل كمكمل لنظام غذائي متنوع.
- احترام الكمية المنصوح بها.
- يوضع بعيدا عن متناول الأطفال الصغار.
- يحفظ في مكان بارد و جاف.

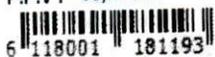
مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارمالايف - إيطاليا

مستورد و موزع في المغرب من طرف ميديرو فارما

رخصة وزارة الصحة والحماية الاجتماعية رقم : N°20221310269/MAV4/CA/DPS/DMP/18

Maphar
Bd Alkimiya, 10000, Rabat
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forlax poudre sachet 60 ml
P.P.V. : 68,70 DH



IL L'UTILISATEUR
ur solution buvable en sachet

ent cette notice avant de prendre ce
tient 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.
- 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.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
3. Comment prendre FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : LAXATIF OSMOTIQUE - code ATC : A06AD15 (A : appareil digestif et métabolisme).

FORLAX contient la substance active macrogol 4000 et appartient à un groupe de médicaments appelés laxatifs osmotiques. Il permet d'augmenter la quantité d'eau dans les matières fécales, ce qui aide à résoudre les problèmes liés à un transit intestinal ralenti. FORLAX n'est pas absorbé dans la circulation sanguine et n'est pas modifié dans l'organisme.

FORLAX est indiqué pour le traitement de la constipation chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans.

Ce médicament se présente sous forme d'une poudre qu'il faut dissoudre dans un verre d'eau (au minimum 50 ml) et boire. Son effet se manifeste généralement en 24h à 48h.

Le traitement de la constipation par un médicament doit être associé à des règles d'hygiène de vie et à une alimentation saine.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
Ne prenez jamais FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en

forlax[®] 10g

Macrogol 4000

Enfant de plus de 8 ans/Adulte

Si vous présentez un de ces symptômes, arrêtez de prendre FORLAX et contactez immédiatement votre médecin.

Dans la mesure où ce médicament peut quelquefois engendrer une diarrhée, contactez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si :

- Vous avez une fonction rénale ou hépatique altérée,
- Vous prenez des diurétiques (médicaments augmentant l'élimination urinaire) ou vous êtes âgé, car vous êtes susceptible d'avoir une diminution de vos taux sanguins de sodium (sel) et de potassium.

En cas de trouble de la déglutition, adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre FORLAX.

Évitez de mélanger FORLAX avec des épaississants à base d'amidon si vous avez des difficultés à avaler. Cela peut entraver la formation d'une solution liquide qui pourrait pénétrer dans vos poumons et provoquer une pneumopathie d'inhalation, si vous ne parvenez pas à avaler correctement.

Autres médicaments et FORLAX

Il est possible que l'absorption d'autres médicaments puisse être transitoirement réduite lors de l'utilisation de FORLAX, en particulier des médicaments ayant un index thérapeutique étroit ou une demi-vie courte comme la digoxine, les antiépileptiques, les coumarines et les immunosuppresseurs, entraînant une diminution de l'efficacité.

Si vous prenez ou avez récemment pris d'autres médicaments, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous avez recours à des épaississants pour faciliter l'ingestion des liquides, FORLAX peut contre l'effet de l'épaississant et l'empêcher d'agir.

Grossesse et allaitement

FORLAX peut être pris pendant la grossesse et l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Aucune étude sur les effets de FORLAX sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'a été réalisée.

FORLAX contient du sorbitol et du dioxyde de soufre

Ce médicament contient du dioxyde de soufre et peut provoquer des