

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº P19-0035548

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1316 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : TOUFAH SMAI

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

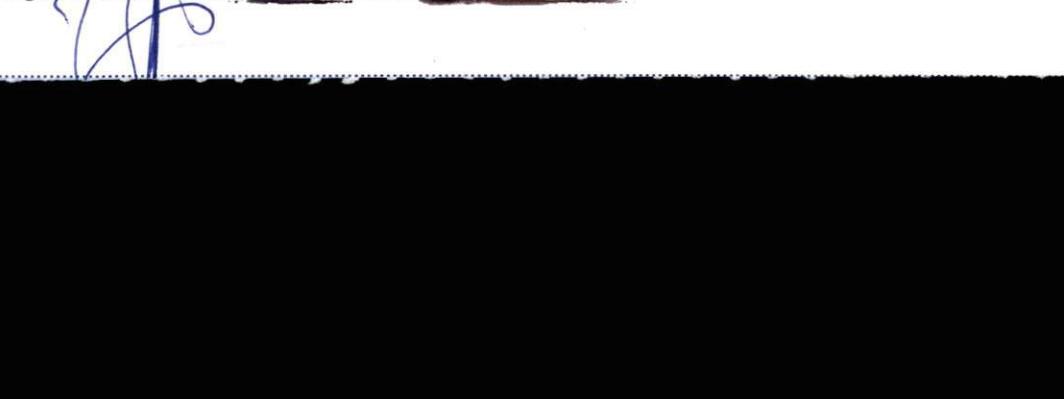
En cas d'accident préciser les causes et les circonstances :

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



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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-443391

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1316	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Toufah snail
Nom & Prénom : 01-01-49			
Date de naissance : 1999 e 001 rere -			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 46,90 - Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : 09/08/2015**

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-443391
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHAMPS DE L'UNION PHARMACEUTIQUE 1622914457- 1622914457- 1622914457-	22/08/19	46,80

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
05533412 01433552
00000000 00000000
00000000 00000000
05533411 01433553

The diagram shows a circle divided into 12 equal segments, each containing a number from 1 to 12. The numbers are arranged as follows: top (H) is 1; top-right is 4; right is 5; bottom-right is 6; bottom is 7; bottom-left is 8; left is 9; top-left is 10; top is 11; top-bottom is 12; right-bottom is 1; right-top is 2; and left-top is 3. Arrows at the top, bottom, left, and right indicate a clockwise cycle around the circle.

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

pharmacie hind

Facturé à Nr Toufegh Smal

516 bis bloc11 lot municipal hay hassani casablanca

Facture n° 885

Date 22/08/19

Désignation		Montant HT
1 Aeticarbine	46.90	46.90

*Pharmacie hind
Lot Municipal Bloc 11
N° 516 Bis, Hay hassani
Tel. : 05 22 91 44 57 - Casab*

ACTICARBINE comprimé enrobé

Charbon activé / papavérine (chlorhydrate de)

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
 - Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
 - Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE ACTICARBINE comprimé enrobé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ?

Adsorbant intestinal. Antispasmodique (A : appareil digestif et métabolisme). Il est indiqué chez l'adulte dans le traitement des digestions difficiles notamment avec ballonnement intestinal.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ACTICARBINE comprimé enrobé?

Ne prenez jamais ACTICARBINE comprimé enrobé en cas d'allergie connue à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Précautions d'emploi

- En cas de ballonnement, flatulences, évitez les légumes secs (lentilles, flageolets, pois...) certains légumes verts (choux, chou de Bruxelles, bettes...).
- En cas de diarrhées associées, il est nécessaire de :
 - se réhydrater par des boissons abondantes, salées ou sucrées, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée (la ration quotidienne moyenne en eau de l'adulte est de 2 litres)
 - s'alimenter le temps de la diarrhée,
 - en excluant certains apports et particulièrement les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés.
 - en privilégiant les viandes grillées, le riz.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER CONSEIL A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Interactions avec d'autres médicaments

Ce médicament pouvant diminuer l'absorption d'autres médicaments, ceux-ci doivent être administrés à distance (plus de 2 heures, si possible).

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS NOCIVES ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS. SIGNALEZ A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT TRAITEMENT EN COURS.

Grossesse

L'utilisation de ce médicament est déconseillée par votre médecin, pendant la grossesse. Si vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre pharmacien qui pourra adapter le traitement à votre état.

Allaitement

La prise de ce médicament est à éviter de façon générale, il convient au cours de la grossesse de toujours demander l'avis de votre médecin avant d'utiliser un médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de somnolence dus à la présence de papavérine.

3. COMMENT PRENDRE ACTICARBINE comprimé enrobé?

Posologie : réservé à l'adulte.

1 à 2 comprimés avant les 3 repas, à avaler tels quels avec un verre d'eau.

Mode et voie d'administration : voie orale.

Si vous avez utilisé plus de ACTICARBINE comprimé enrobé que vous n'auriez dû

Aucun surdosage n'a été rapporté avec ce médicament. La papavérine, l'une des substances actives de ce médicament, risque d'induire à très fortes doses, des nausées, vomissements, faiblesse, dépression du système nerveux central, vision double, transpiration abondante, rougeur de la face, sécheresse de la bouche, vertiges et tachycardie sinusal.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS?

Comme tous les médicaments, ACTICARBINE comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tous n'y soient pas sujets notamment, une coloration foncée des selles peut apparaître.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, 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. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER ACTICARBINE comprimé enrobé?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser ACTICARBINE comprimé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Pas de conditions particulières de conservation.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Substances actives : charbon activé : 70 mg, chlorhydrate de papavérine : 14 mg pour un comprimé enrobé.

Autres composants : additif alginique, saccharose, amidon de maïs, glucose liquide, polyéthylène glycol 6000, stéarate de magnésium, gomme laque blanche, talc, gomme arabique, dioxyde de titane, cire de carnauba.

Ce médicament se présente sous forme de comprimés enrobés. Boîte de 42 ou 84.

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

Fabricant : Laboratoire AJC PHARMA,
91140 Ville-sous-Charette - France

Authorisation de Mise sur le Marché en France :
Béziers Thérapeutiques ELETERE,
Karmam, 93300 Aubervilliers - France

Authorisation de Mise sur le Marché et distributeur :
SOTHEMAG B.P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc.

Précaution d'usage du médicament : Médicament non soumis à prescription médicale.

Date d'approbation de la notice : 20 septembre 2013. 160002

ACTICARBINE 70 MG Comp (84)

PPV 46.90 DH SOTHEMAG



6118001070015

© 2013 SOTHEMAG