

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 208 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Hessmar John

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0638976853 Total des frais engagés : 713,80 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 :

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 : Le : / /

Signature de 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.05.2023	113,80 dh.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

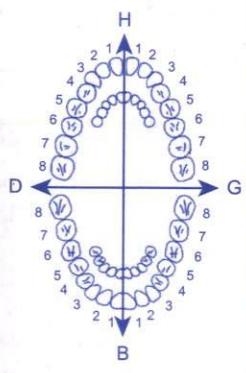
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L01 :22E003
PER..06 2024

ASPEGIC 100MG

SACHETS 820

P.P.V :21DH80



118000 061113



Veuillez
contenu
Vous di
inform
•



ASPEGIC + GROSSESSE = INTE

- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, 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 votre enfant se sent moins bien après 3 jours.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

1. QU'EST-CE QUE ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANALGÉSIQUE ET ANTIPIRÉTIQUES.

Code ATC : N02BA01.

Ce médicament contient de l'aspirine. L'aspirine appartient à la famille des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.

L'aspirine peut être utilisée pour calmer la douleur (antalgique), faire baisser la fièvre (antipyrrétique) et/ou diminuer l'inflammation. ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose contient 100 mg d'aspirine. Il est utilisé :

- en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires ou courbatures,
- dans le traitement de certaines affections rhumatismales.

Ce dosage est réservé aux nourrissons et aux enfants pesant entre 6 et 22 kg (soit environ de 3 mois à 7 ans).

Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations d'aspirine dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ?

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

Ne prenez jamais ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose :

- Si votre enfant est allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si votre enfant est allergique à un médicament de la même famille que l'aspirine (les anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Si vous êtes enceinte, à partir du début du 6ème mois de grossesse (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100mg par jour.
- Si votre enfant a déjà eu de l'asthme ou des polypes nasaux associés à un asthme provoqué par la prise d'aspirine ou d'un médicament de la même famille.
- Si votre enfant souffre actuellement d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum.
- Si votre enfant a déjà eu une hémorragie ou une perforation au niveau de l'estomac après avoir pris de l'aspirine ou un autre médicament de la même famille (les

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28

COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. : 0 2 2 5 P.P.V

7 9 0 0

LOT N° : W 7 8 5

79100

09366082/4

Ce médicament n'a pas d'indication pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte, seul pourra adapter le traitement à votre état.

En cas de désir de grossesse ou si vous souhaitez allaiter votre enfant, prévenez votre médecin. L'atorvastatine passant dans le lait maternel, ce traitement ne doit pas être utilisé si vous êtes enceinte. D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'allaitement de consulter un pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

POSOLOGIE : La posologie usuelle est de 10 mg voire 20 mg par jour. Si nécessaire, la posologie peut être augmentée jusqu'à 40 mg par jour. Dans tous les cas, se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

voie orale.

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ :

Apprendre en une seule fois (indifféremment avant, pendant ou après le repas).

DUREE DU TRAITEMENT :

En association avec le régime, ce médicament constitue un traitement devant être très prolongé. Il est indispensable de vous soumettre à une surveillance médicale régulière. Les enzymes du foie (transaminases) seront aussi surveillées régulièrement.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS :

Comme tout produit actif, ce médicament peut, chez certaines personnes, provoquer des effets indésirables. Pour la plupart, ces effets signalés ont été légers et de courte durée : troubles digestifs (crampes, nausées, diarrhée), céphalées (maux de tête), fatigue, insomnie.

Des douleurs ou crampes musculaires (avec parfois augmentation des enzymes musculaires) ont également été observées :

- Troubles cutanés (démangeaisons, éruption étendue), chute des cheveux ou des poils.
- Signes neurologiques : fourmillements, neuropathie périphérique (atteinte des nerfs périphériques, atteinte du foie, hépatite, jaunisse).

قد تغير بعض
تناولها مع أقراص
حالات أخرى،
بعض في تلك

: 4

- الأدوية المستهلكة
- بعض المضادات الحيوانية والمسكنات
- الأدوية الأخرى أو الكورتيزون
- بعض مشتقات الشريان، كالديغوكين
- ليتارموفير، الأدوية المهدئات
- كالريتونافير، تريبيانفاف لريتو
- بعض الأدوية والمستحضرات
- أدوية أخرى يقل نسبتها الكافية
- المستيرينات وقرح المعدة
- الحموضة (الماء)
- أدوية تصدر جونز وحيثيش
- إذا كان على توقف تناوله
- أمان، الجمع بين عضلي، حساسية أو الربيدات في الفقرة 4
- أقراص تاهور المعقولة بطبقه رقيقة مع الأغذية

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV.: 06 25

P.P.V

79 00

LOT N°: G J 8599

79,00

09366082/4

6 118001 040759
TWYNSTA® 80 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 267 DH 00

310505-01

6 118001 040759
TWYNSTA® 80 mg/5 mg
(Telmisartan/amlodipine)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 267 DH 00

310505-01

3. كيفية تناول أقراص تاهور المعقولة بطبقه رقيقة؟

قبل البدء في العلاج، سوف يصف لك طبيبك نظاماً غذائياً قليل الكوليستيرول يجب أن تتبعه، خلال فترة العلاج بأقراص تاهور كلها.

إن الجرعة المبدئية المعتمدة لتاهور هي 10 مغ يومياً للبالغين والأطفال البالغين من العمر عشر سنوات أو أكثر. قد يزيد طبيبك الجرعة إذا لزم الأمر إلى أن تصل إلى لجرعة التي تحتاجها. سوف يقوم الطبيب بضبط الجرعة على فترات تبلغ 4 أسابيع على الأقل.

الجرعة القصوى لتاهور هي 80 مغ بواقع مرة واحدة يومياً. يجب بلع أقراص تاهور كاملة مع كوب ماء ويمكن تناولها في أي وقت من اليوم، مع طعام أو بدونه. مع ذلك، حاول أن تتناول الدواء كل يوم في نفس الموعد. احرص دائماً على تناول هذا الدواء باتباع إرشادات طبيبك أو الصيدلي بدقة. في حالة الشك تأكد من طبيبك أو من الصيدلي.

يحدد طبيبك مدة العلاج بأقراص تاهور المعقولة بطبقه رقيقة.

إذا كنت تعتقد أن تأثير أقراص تاهور شديد القوة أو المضعف، فأخبر طبيبك بذلك.

إذا تناولت أقراص تاهور المعقولة بطبقه رقيقة بكمية أكبر من اللازم

إذا تناولت بغير قصد، كمية كبيرة من أقراص تاهور (أكبر من الجرعة اليومية المعتمدة)،