

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-476620

ND: 29851

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 7560

Matricule : 7560 Société : Reklaité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Reklaité

Nom & Prénom : IREANN NAUWA

Date de naissance : 19.03.1959

Adresse : La mère

Tél : 066831918 Total des frais engagés : 50.00

## 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 circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Facture

Matricule : 7560

Nom de l'adhérent(e) : IREANN NAUWA


Total des frais engagés : 50



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 09.06.18 | 54.00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

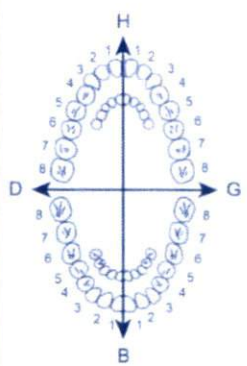
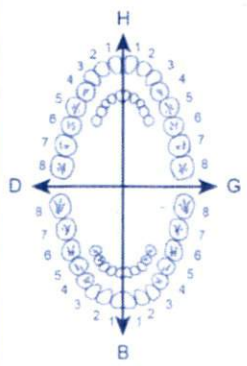
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|---|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|    |  |                  |  | 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  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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'EXE

PHARMACIE YASMINA  
Mme. MOUNDIRI S.  
Rue. My. Abdollah Rue 239  
n° 69 Ain Chock Casablanca  
Tel: 21.95.37

Docteur en Pharmacie

Tél. : ..... - CASABLANCA

Casablanca, le

M<sup>re</sup> TREDANO Nairn

| DESIGNATION   | Quantité | Prix Unit | Prix TOTAL |
|---------------|----------|-----------|------------|
| Fehren st ad. | 07       | 2900      | 2600       |
| Gummi ri      | 07       | 3400      | 3400       |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
|               |          |           |            |
| Total ...     |          |           | 590004     |



# FEBREX<sup>®</sup> Adulte

## COMPOSITION :

|  |          |
|--|----------|
| Phéniramine maléate .....              | 25 mg    |
| Paracétamol .....                      | 500 mg   |
| Acide ascorbique (Vit C) .....         | 200 mg   |
| Excipients q.s.p. ....                 | 1 sachet |
| Excipients à effet notoire :           |          |
| Granulés sans sucre : Aspartam.        |          |
| Granulés avec sucre : Saccharose 7.9g. |          |

## PROPRIÉTÉS :

**FEBREX<sup>®</sup>** Adulte agit en exerçant 3 actions pharmacologiques :

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorrhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements en saive.
- Une action antalgique antipyrétique permettant une sédation de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies).
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

## INDICATIONS :

- Traitement symptomatique des affections ORL aiguës : rhumes, rhinites allergiques, rhinopharyngites.

- Traitement symptomatique des états grippaux.

En cas d'affection bactérienne, une antibiothérapie peut être nécessaire.

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament **NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ** dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Insuffisance hépatocellulaire.
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle.
- Adénome prostatique.
- Enfant de moins de 15 ans.
- Phénylécétonurie pour **FEBREX<sup>®</sup>** sans sucre (présence d'aspartam).
- Granulés avec sucre : En raison de la présence du saccharose, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en sucrase isomaltase.

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

En cas de fièvre élevée ou persistante, de survenue de signes de surinfection ou de persistance des symptômes au-delà de 5 jours, une réévaluation du traitement doit être faite.

### Mises en garde :

- Le risque de dépendance essentiellement psychique n'apparaît que pour des posologies supérieures à celles recommandées et pour des traitements au long cours.
- Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments. Chez l'adulte de plus de 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

### Précautions d'

- L'absorption d
- l'effet sédatif d
- **Granulés avec**

### INTERACTION

l'absorption d  
AFIN D'EVITER  
SIGNALER SYS  
A VOTRE PHA

**PHARMED** LOT : 2777  
UT.AV : 04-22  
PPV : 20DH00

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

En l'absence de données, par mesure de prudence, l'utilisation de ce médicament est à éviter en cas de grossesse ou d'allaitement.

**D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.**

## CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES :

L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de somnolence attachés à l'emploi de ce médicament, surtout en début de traitement. Ce phénomène est accentué par la prise de boissons alcoolisées, de médicaments contenant de l'alcool ou de médicaments sédatifs.

## EFFETS INDÉSIRABLES :

**CE MÉDICAMENT PEUT ENTRAINER CHEZ CERTAINES PERSONNES DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNÉRAUX :**

- Sédation ou somnolence, plus marquée en début de traitement.
  - Sécheresse des muqueuses, constipation, troubles de l'accommodation, mydriase, palpitations, risque de rétention urinaire.
  - Hypotension orthostatique.
  - Troubles de l'équilibre, vertiges, baisse de la mémoire ou de la concentration, plus fréquents chez le sujet âgé.
  - Incoordination motrice, tremblements.
  - Confusion mentale, hallucinations.
  - Plus rarement, des effets sont à type d'excitation : agitation, nervosité, insomnie.
  - Effets hématologiques : leucopénie, neutropénie, thrombocytopénie et anémie hémolytique.
  - Quelques rares cas de réactions d'hypersensibilité à type de choc anaphylactique, oedème de quincke, érythème, urticaire, rash cutané ont été rapportés. Leur survenue impose l'arrêt définitif de ce médicament et des médicaments apparentés.
- SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.**

## POSOLOGIE :

Adulte et enfant (à partir de 15 ans) : 1 sachet 2 ou 3 fois par jour.

## MODE D'ADMINISTRATION : Voie orale

Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau froide ou tiède.

Lors d'affections grippales, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau tiède le soir, à l'apparition des premiers symptômes. En effet, la boisson tiède ainsi constituée favorise la diurèse et la transpiration propices à une élimination plus rapide des toxines.

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min) : l'intervalle entre 2 prises sera au minimum de 8 heures.

## DUREE DE TRAITEMENT :

Ne pas utiliser de façon prolongée sans l'avis du médecin et en particulier si les troubles persistent au-delà de 5 jours.

## FORMES ET PRÉSENTATIONS :

Granulés (avec sucre) pour solution buvable : Boîte de 8 sachets.

Granulés (sans sucre) pour solution buvable : Boîte de 8 sachets.

**A CONSERVER A UNE TEMPÉRATURE NE DÉPASSANT PAS 25°C ET A L'ABRI DE L'HUMIDITÉ. NE PAS DÉPASSER LA DATE DE PEREMPTION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.**

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.**

# 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 IPHARMA 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-acides (neutralisation de l'acidité d'acide dans l'estomac).

## OSMOSINE, est indiqué dans le traitement symptomatique de la constipation.

## Avant de prendre OSMOSINE :

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes allergique à n'importe quel composant de la suspension.
- Si vous souffrez d'une atteinte rénale grave.
- Si vous présentez n'importe quel symptôme d'appendicite, d'obstruction intestinale, tels que douleur abdominale d'origine inconnue, crampes, ventre douloureux, nausées, vomissements ou diarrhée.

