

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.

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.

Optique :

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

Education :

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.

Prothèse :

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

clamation	: contact@mupras.com
re en charge	: pec@mupras.com
ésion 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 personnelles.

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

Nº P19-0034014

Nº: 33400

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	14.141	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mr. T. RAOULI Mohamed			
Date de naissance : 1-1-48			
Adresse : 5 rue Amir Abdeslam Ville Boulaâlle SAFI			
Tél. :	0661328371	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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'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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-034014

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
	08/05/20	61,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

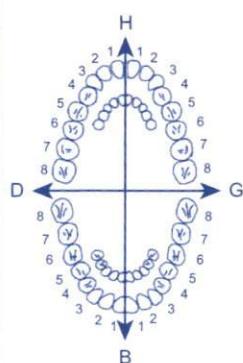
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PHARMACIE A.B.C

MOUSSAID Ahmed

Docteur en Pharmacie

161, Av. Mohamed V - Ville Nouvelle SAFI

Tél : 62.98.31

R.C : 5454 / Patente : 46757435

N° 00000570

صيدلية أ. ب. س.

مساعد احمد

دكتور في الصيدلة

161، شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة

الهاتف . 62.98.31

السجل التجاري ، 5454 - باتanta ، 46757435

FACTURE

Safi, le 08/05/20

آسفى ، في

M^r zraouli M'Roued

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
1	Aspegic 1g sachet SOTM	61,10	61,10

Arrêté à la présente facture à la somme de:
soixante et un dirhams dix gfs.



ASPEGIC 1G / Adultes

Acétylsalicylate de DL-lysine
poudre pour solu

LOT : 20912
PER. : 03/2022

ASPEGIC 1G
SACHETS B20

P.P.V : 61DH10



6 118000 061876
pour solution buvable

1. IDENTIFICATION

a/ Dénomination

ASPEGIC ADULTES

en sachet-dose.

b/ Composition :

ACETYLSALICYLATE DE DL-LYSINE 1800,00 mg
(Quantité correspondante en
acide acetylsalicylique) 1000,00 mg

Excipients : glycine, arôme mandarine (contenant du lactose), glycyrrhizate d'ammonium, pour un sachet-dose de 2046,00 mg.

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Poudre pour solution buvable en sachet-dose, boîtes de 10 et 20.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

AUTRES ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures et dans le traitement de certaines affections rhumatismales chez l'adulte (à partir de 15 ans).

3- ATTENTION !

a/ Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Vous ne devez jamais utiliser ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose, dans les cas suivants : • allergie à l'aspirine ou à un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou à l'un des autres composants, • antécédents d'asthme provoqué par l'administration d'aspirine ou d'un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens), • au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée), pour des doses supérieures à 100 mg par jour, • ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, • maladie hémorragique ou risque de saignement, • maladie grave du foie, • maladie grave des reins, • maladie grave du cœur, • traitement par le

méthotrexate utilisé à des doses supérieures à 20 mg/semaine, • traitement avec des anticoagulants oraux, et en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales, de la fièvre ou des douleurs (cf. rubrique « Interactions médicamenteuses et autres interactions »).

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) Mises en garde spéciales

• En cas d'association à d'autres médicaments, pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence d'aspirine dans la composition des autres médicaments, • En cas de maux de tête survenant lors d'une utilisation prolongée et à fortes doses d'aspirine, vous ne devez pas augmenter les doses, mais prendre l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

L'utilisation régulière d'antalgiques, en particulier plusieurs antalgiques en association, peut conduire à des lésions des reins, • Des syndromes de Reye (maladie rare mais très grave associant principalement des troubles neurologiques et une atteinte du foie) ont été observés chez des enfants présentant des maladies virales et recevant de l'aspirine, • En conséquence : - en cas de maladie virale, comme la varicelle ou un épisode d'allure grippale : ne pas administrer d'aspirine à un enfant sans l'avis d'un médecin, - en cas d'apparition de trouble de la conscience ou du comportement et de vomissements chez un enfant prenant de l'aspirine, prévenez immédiatement un médecin, • L'aspirine ne doit être utilisée qu'après avis de votre médecin.

• en cas de traitement d'une maladie rhumatismale, • en cas de déficit en G6PD (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées d'aspirine ont pu provoquer des hémolyses (destruction des globules rouges), • en cas d'antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hémorragie digestive ou de gastrite, • en cas de maladie des reins ou du foie, • en cas d'asthme : la survenue de crise d'asthme, chez certains sujets, peut être liée à une allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué, • en cas de réactions abondantes, • en cas de traitement par :- d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque l'aspirine est utilisée à de fortes doses, - des anticoagulants oraux, et en