

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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 caractére personnel.

Nº P19- 064812
ND: 33402

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Abdelkader Elkamouni

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : 5 rue Amr Abdelkader Ville Nouvelle Sur

Tél. : 0661328375 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 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-064812

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

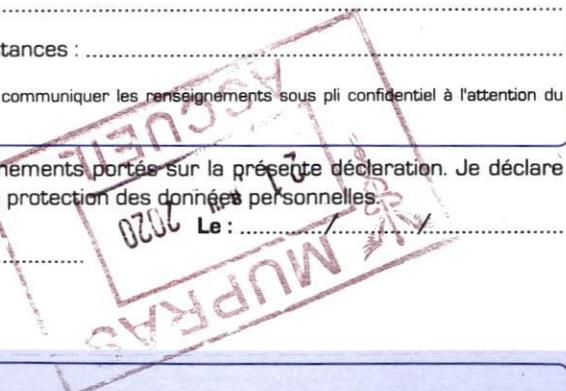
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
	2006.104.100	63,60

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
	35533411		11433553	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS
	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

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° 00000568

صيدلية أ. ب. س

مساعد احمد

دكتور في الصيدلة

161، شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة

الهاتف : 62.98.31

السجل التجاري : 5454 - بناة : 46757435

FACTURE

Safi, le 26/04/10

آسفى، في

M'zraouli M'hamed

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
1	Aspegic 100mg sachet	21,80	21,80
1	Avlocardyl P 100mg sp	41,80	41,80
			63,60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
soixante trois dirhams soixante cts.

Moussaïd





ASPÉGIC®

Acétylsalicylate c
poudre pour sol

LOT 1.2016
PER.19
2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



118000 061113

100mg

1. IDENTIFICATION

a/ Dénomination :

b/ Composition :

(quantité correspo

Excipients : glycine, arôme mandarine (contenant du lactose, jus d'orange, huile essence de mandarine), glycyrrhizate d'ammonium, pour un sachet-dose de 204,6 mg.

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Poudre pour solution buvable en sachet-dose, boîte de 20.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

AUTRES ANALGÉSIE ET ANTIPYRÉTIQUES

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (Indications thérapeutiques)

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.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».

• dans le traitement de certaines affections rhumatismales.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg.

Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, il existe d'autres présentations d'aspirine : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

3- ATTENTION !

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

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE 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 à des doses supérieures à 20 mg/semaine, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour), • traitement avec des anticoagulants oraux et lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal (Cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

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

b) Mises en garde spéciales : • Ce médicament contient du lactose. Sa utilisation est déconseillée, chez les patients présentant une intolérance au lactose (maladie héréditaire rare). • 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 d'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 GGP (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées d'aspirine ont pu provoquer des hémolysés (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 règles abondantes, • en cas de traitement par : • des anticoagulants oraux, lorsque l'aspirine est utilisée à fortes doses dans le traitement de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal, • des

AVLOCA

PROPRANOLOL

41,80

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre
si vous avez un doute, demandez plus d'information

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de vous y référer à nouveau.

Composition qualitative et quantitative

Chlorhydrate de propranolol

40 mg

Excipients : D-mannitol, gélatine, acide alginique, acide stéarique, stéarate de magnésium.

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable

Classe pharmaco-thérapeutique

Béta-bloquant.

(C : Système cardio-vasculaire)



■ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un bêta-bloquant. Il diminue certains effets (dits effets bêta) du système sympathique de régulation cardio-vasculaire.

Ce médicament est préconisé principalement dans :

- l'hypertension artérielle,
- la prévention des crises douloureuses de l'angine de poitrine,
- après un infarctus du myocarde,
- en cas d'hyperthyroïdies,
- certaines maladies cardiaques,
- en prévention des migraines et des algies faciales (variétés de migraine),
- en prévention des saignements digestifs chez les patients atteints de cirrhose,
- dans certains tremblements,
- en prévention de situation stressante (trac).