

## 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.

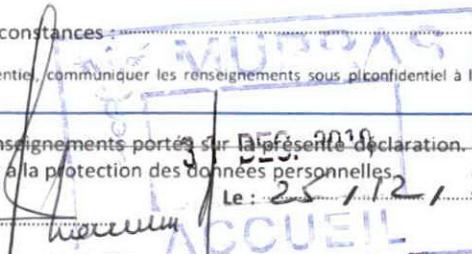
N° W19-418440

MLD

N°  
14726

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3711	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HAMMOU Abdelouahed
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
HAMMOU Abdelouahed		21.04.1951	
Adresse :		Tél. : 0661 2384 70 Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HAMMOU Abdelouahed 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 : Casablanca Le : 23/12/2019  
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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADOR LAHOU / Abdellali 3, Rue Hassan II, Casablanca, Tél: 0522 28 05 76	25-12-19	129,30 Dh

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

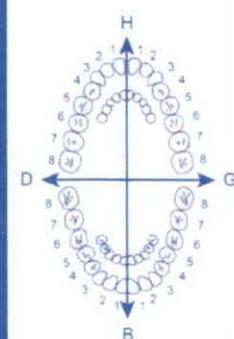
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
-----------------	----------------	------------------	-------------	----------------------------



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	B

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

MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**valable 3 mois**

Le 15/05/2013

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr-BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : Hanou Abdelouahab

Présente hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois . N° de l'ordre décréé

Dont ci-joint ordonnance : TRITAZIDE 50-250 mg/j Aspirine

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 mg/j

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. BELAMINE Fatima  
Médecin Généraliste  
55, Boulevard Joudane Salmia II  
Sidi Othmane - Tel : 0522 30 56 24

**PHARMACIE NADOR DE CASABLANCA**

**LAHLOU ABDELAÏ**

**3 RUE DE L'HERAULT POLO CASA**

**CASABLANCA**

Taxe Profes. N°: 33500003

N° R.C. : 366307

N° CNSS : 2068329

N° ID.F. : 20719901

N° ICE 001837763000070

Tel : 022280576

Fax

**MR HAMMOU ABDELOUAHED**

I.C.E. :

*Le : 25/12/2019*

**FACTURE N°: 5204/19**

<b>Qté</b>	<b>Désignation</b>	<b>Prix</b>	<b>TVA</b>	<b>Montant</b>
1	ASPEGIC 100 20 SACHETS	21,80	7	21,80
1	TRITAZIDE 5 MG/25MG/28 CP	107,50		107,50

**TVA 7%:** 1.43

**Total :** 129,30

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

**CENT VINGT NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS**

*PHARMACIE NADOR  
LAHLOU Abdellah  
3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pôle  
Casablanca. Tel: 0522 28 05 76*

de l'angiotensin d'équilibre est à de 13 à 17 h et l'excrétion urinaire complète pour 60 minutes après administration intraveineuse est absente et éliminée par le

**Tritazide** 5mg/25mg  
28 Comprimés sécables

— 10750

Composition	Principes actifs : ramipril + Hydrochlorothiazide.	Chaque comprimé sécable contient : 5 mg de ramipril, 2 mg d'hydrochlorothiazide.	Excipients : Cellulose microcristalline, hypromellose, amidon de maïs prégelatinisé, stéaryl sucre de soja.	Propriétés	Classe pharmacothérapeutique : médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (C : système cardiovasculaire)	Tritazide est une combinaison de ramipril, un inhibiteur d'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), puissant et favorisant l'excrétion urinaire. La prise de Tritazid principe actif du groupe des diurétiques thiazidiques provoque une réduction de la tension artérielle due à l'importante décharge provoquée par la prise isolée de l'un des principes actifs. L'effet d'une dose unique est maximalement atteint au bout de 6 heures après la prise.	Le ramipril subit un métabolisme de premier passage hépatique, conduisant à la formation de ramiprilate, seul métabolite actif. Environ 80% à 90% de la dose de ramipril est retrouvé dans les urines et la bile sous forme de ramiprilate.
Ramipril est retrouvé dans les urines et la bile sous forme de ramiprilate.							

Cette notice étaut régulièrement remise à jour, il convient de la lire attentivement avant d'utiliser une nouvelle boîte. Pour toute question, ne pas hésiter à contacter votre médecin ou pharmacien.

Comprime Scable

#### Ramipril / Hydrochlorothiazide

**Triflazide®**

5mg/25mg



# ASPÉGIC® NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

- a/ Dénomination : ASPÉGIC NOURRISSONS, 100 mg,
- b/ Composition : Acétylsalicylate de DL-lysine ... 180,00 mg  
(quantité correspondante en acide acétylsalicylique ... 100 mg)
- Excipients : glycine, arôme mandarine (contenant du lactose, jus d'orange, huile essence de mandarine), glycyrrhizate d'ammonium, pour un sachet-dose de 20,4 mg.

## c/ Forme pharmaceutique et présentation :

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

## d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

AUTRES ANALGÉSIEUX ET ANTIPIRÉTGIQUES

## 2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT (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 N°

- allergie à l'aspirin
- anti-inflammatoire
- antécédents d'asth
- médicament appâ
- stéroïdiens), • au-
- d'aménorrhée) po
- "stomac ou du d

• de saignement,

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 DOUCE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MéDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**b/ Mises en garde spéciales :** • Ce médicament contient du lactose. Son 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 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 peuvent provoquer des hémolysses (destruction des globules rouges), • en cas d'antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénium, 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

LOT : 19E002  
PER.:11 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ts. •  
l'un

tre de  
ou