

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Cessions 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.

## 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.

## 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.

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 14.11 ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : HABIBA OULI Othmane

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : Sidi Ali Ben Abdellah Villa Mousselle

SAFI

Tél. : 0661328374 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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 : .....

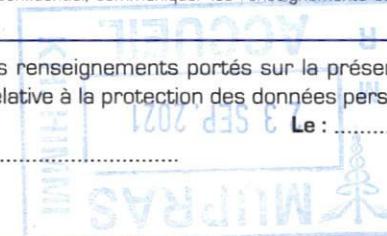
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 M21-018560

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 : .....

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	Le 13/09/2011	48,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

008810

\* 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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**

# 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

Nº 00000428

**صيدلية أ. ب. س**

**مساعد أحمد  
دكتور في الصيدلة**

161، شارع محمد الخامس - المدينة الجديدة  
الهاتف: 62.98.31  
السجل التجاري: 46757435 - باتanta 5454

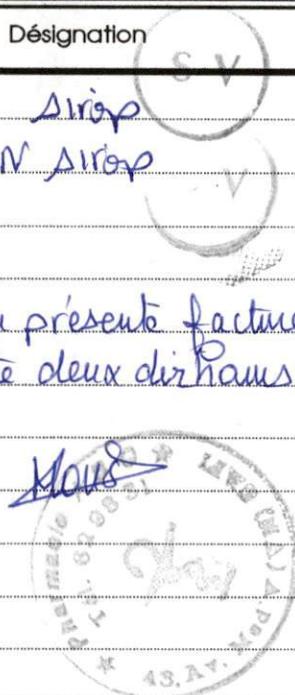
## FACTURE

Safi, le 13/09/21

آسفى، في

M<sup>r</sup> zraouli H'Raied

Doit

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	TOTAL
1	Gastrogel Sirup	20,40	20,40
1	Aspégic N Sirup	21,80	21,80
Arrêté la présente facture à la somme de :			42,20
quarante deux dirhams vingt cts.			
			



# كاستروجيل®

هيدروكسيد الألومينيوم والماغنيزيوم

حامى الفش المخاطي للمرى والمعدة والإنثى عشر

كاستروجيل® شراب ملعق

القنية من رجاح دائى تحتوى على 250 مل.

الشكل والتقديم:

كاستروجيل® أقراص للقضم: الطلبة تحتوى على 40 قرصا، في شرائط مشكلة حرايا.

كاستروجيل® شراب ملعق: القنية من رجاح دائى تحتوى على 250 مل.

التركيز:

الأقصى: هيدروكسيد الألومينيوم.....: 400 ملغم

هيدروكسيد الماغنيزيوم.....: 400 ملغم

سواع معطر لها يكتفى.....: قرص واحد.

سواع ذو تأثير معروف: ساكاروز

الشراب المثلث:

هيدروكسيد الألومينيوم.....: 3,5 غ

هيدروكسيد الماغنيزيوم.....: 4 غ

سواع معطر لها يكتفى.....: 100 مل

سواع ذو تأثير معروف: إسترات هيدروكسيبنزوات، صوريطول، مانيطول.

الخصائص:

كاستروجيل® هو مضاد الحموضة وحامى الفش المخاطي للمرى والمعدة والإنثى عشر.

كاستروجيل® هو مضاد لاحيجي الأنسنة.

هيدروكسيدات الماغنيزيوم والألومينيوم تعتبر مضادات للحموضة الموضعية، غير نصفي، التي منها الإمتصاص، الذي لا أهمية له عند الشروط العاديّة للاستعمال.

الاستطبابات:

كاستروجيل® يوصف للبالغ (ابتداء من 15 سنة) عند الإصابة بحرقة المعدة، تصاعد الحموضة، عسر الهضم، الحرجة وعدم القابلية المعدية بعض الأدوية (المكبات: مضادات الإنفلونزا....).

ضد الاستطبابات:

- فرض الحساسية لأحد مكونات المستحضر.

- المصور الكلوي القاسي، بسبب وجود الماغنيزيوم.

المقادير وطريقة الاستعمال:

المخصصة للبالغ (ابتداء من 15 سنة).

المقادير:

كاستروجيل® الشراب المعلق: 1 ملعقة كبيرة خارج الوجبات ولحظة الأزمات، دون تجاوز 6 ملاعق حجم ملعقة الشوربة في اليوم.

تحرج الفضة قبل الاستعمال، ويسلى المعلم على هبته دون إضافة الماء.

كاستروجيل® أقراص: قرص واحد إلى إثنين يensus أو قضم خارج الوجبات ولحظة الأزمات دون تجاوز 6 أقراص في اليوم، أو في الأقصى 12 قرصا في اليوم.

في حالة الإرثيات، استشروا طبيبك أو الصيدلاني.

التحذيرات والإحتياطات عند الاستعمال:

التحذيرات: ينصح باستشارة الطبيب في حالات:

- النقص في الوزن: في حالة النقص في الوزن.

- صعوبة النفخ أو الإ hakkat البطنية المستمرة:

- اضطرابات المعدة التي تظهر لأول مرة أو المتغيرة حديثاً:

- التصوّر الالكتروني للجسم:

كاستروجيل® يحتوي في تركيبه على السكر، لا ينصح باستعماله عند المعالج الذي يمثل عدم احتمال الفريكتوز، تزامن سوء إمتصاص الكلوكوز والكلاكتوز،

أو نفس في حميرة السكر - أزمات العطان.

• الشراب المعلق يحتوي على باراهيدروكسيسبيزوات المينيل وبروبيل يمكن أن يبحث على تفاعلات حساسية (عرضها متأخرة)، كاستروجيل®

يحتوي على الصوريطول والمانيتول، لا ينصح باستعماله عند المعالجين الذين يمثلون عدم احتمال الفريكتوز (مرض وراثي نادر).

الاحتياطات عند الاستعمال:

عند المصابين بالاضطرابات والكلوي الدائم، يجب الأخذ في الحسبان المحتوى بالألومنيوم (مخاط مرض الدماغ).

في حالة استمرار الإضطرابات لمدة تفوق 10 أيام من العلاج أو تفاقم الإضطرابات، يجب القيام بالبحث عن الأسباب وإعادة تقدير التصرف المتخذ.

الحمل:

في رغبات غيب المعدلات المتمدة في رغبات التطور عند الحيوان، استعمال كاستروجيل® لا يمكن تناوله أثناء الحمل إلا إذا كان ذلك ضرورياً بالمقابل،

سيطراها، لم يجرأ أي تقرير عن أي تؤثر على الجنين أو تسمم الجنين إلى يومها هذه.

الأخذ في الحساب أن جرعة الماغنيزيوم يمكنها بالامر المضي.

- أملاح هيدروكسيد الماغنيزيوم يمكنها أن تعيق الأنسنة.

- أملاح الألومنيوم هي مصدر لإمساك الذي يمكنه أن يضاف إلى الإمساك الكلاسيكي للحمل.

الرضاعة:

الرضاعة يمكن تبعها أثناء هذه المعالجة.

كاستروجيل® هو دواء لا يترك في متناول الأطفال.

في حالة الإرثيات أو المضاعفات، استشروا طبيبك أو الصيدلاني.

تأثيرات غير المرغوب فيها:

إمكانية حدوث:

- اضطرابات المعدة الضخم (إسهال أو إمساك).

- أفراغ الفصوفوري في حالة الاستعمال المطول أو الجرعة المرتفعة بسبب تواجد الألومنيوم.

التدخل الدوائي:

متداخلات المجموعة المتأتية من الأدوية الأخرى المتجرعة في آن واحد عن طريق الفم، من الأليق وعلى سبيل الإحتياط يمكن الفصل بينها وبين

العالجات الأخرى مدة ساعتين.

شروط التخزين:

الأقراص للقضم: حفظ الشرائط المشكلة حرايا في الثلاجة الخارجية.

الصرف: حر.



# ASPÉGIC® NOURRISSONS 100 mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution

PER 07/2022  
101  
01020522

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

- 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**  
a/ Dénomination : ASI  
b/ Composition : Acét.  
(quantité correspondante)  
Excipients : glycine, arômes d'orange, huile essentielle.  
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 ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

**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 NE DOIT JAMAIS ÊTRE UTILISÉ 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 des doses élevées, 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 ou et lorsque l'aspirine est utilisée à des doses élevées, notamment dans le traitement des affections rhumatismales (50 à 100 mg/kg par jour), 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 DOUCEUR 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 forte dose d'aspirine, vous ne devez pas augmenter les doses, mais prendre conseil 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 les 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 rhumatismales, • en cas de déficit en G6PD (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées d'aspirine peuvent provoquer des hémolyse (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 des doses élevées 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