

# 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.

**MUPRAS** : 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

N° P19- 058910

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FANGAR AHMED  
 Date de naissance : 01/01/1946  
 Adresse : Résidence 91 mauseur Ag. B. - Ghardeh et Yacoub 91 mauseur 10.37 APPE CASA  
 Tél. 066329531 Total des frais engagés : 1545 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27/12/2022  
 Nom et prénom du malade : M. FANGAR Ahmed Age: 76 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : T A  
 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 : 12/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Datés des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07-12-2022	G		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DU PRODIGEANT Bd. Sour Jdid, Casablanca Tél: 05 22 22 02 61 00 159 79 48 00 00 34	07 12 22		1245,40

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

D	H	G	B	
25533412	21433552			COEFFICIENT DES TRAVAUX
00000000	00000000			MONTANTS DES SOINS
00000000	00000000			DATE DU DEVIS
35533411	11433553			DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur FANGAR Ahmed**

Casablanca le 07122022

1- EXFORGEHCT 10/160/12.5:

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

2- CRESTOR 5 MG:

1 CP TOUS LES 2 JOURS SANS ARRET

3- ASPEGIC 100MG : 1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

à 3 mois

1245,40

Ali EL MAKHLOUF  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Mohamed Abdou - Casa  
Tél: 0522 29 81 55/59 - 0522 47 26 89

PHARMACIE DU CROISSANT  
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca  
Tél: 0522 22 02 61  
ICE: 00 159 7948000034

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp peli b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp peli b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83**



# ASPEGIC NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

**Contient d'ASPEGIC 100MG SACHETS B2U**

**P.P.V : 21DH80**

**LOT : ZZE002 PER-03 2024**

**118000 061113**

**ASPEGIC 100MG SACHETS B2U**

**P.P.V : 21DH80**

**LOT : ZZE002 PER-03 2024**

**118000 061113**

**1. QU'EST-CE QUE C'EST UN SACHET-DOSE ?**  
 Classe pharmacologique : Analgésiques.  
 Code ATC : N02BA01.  
 Ce médicament est un anti-inflammatoire non stéroïdien. L'aspirine peut provoquer des effets indésirables (antipyrétique).  
 ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg d'aspirine.  
 • en cas de douleurs dentaires ou courbatures,  
 • dans le traitement de certaines affections rhumatismales.  
 Ce dosage est réservé aux nourrissons et aux enfants pesant entre 6 et 22 kg (soit environ de 3 mois à 7 ans).  
 Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations d'aspirine dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ?**  
 Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant d'utiliser ce médicament.

**Ne prenez jamais ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose :**

- Si votre enfant est allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si votre enfant est allergique à un médicament de la même famille que l'aspirine (les anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Si vous êtes enceinte, à partir du début du 6ème mois de grossesse (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100mg par jour.
- Si votre enfant a déjà eu de l'asthme ou des polypes nasaux associés à un asthme provoqué par la prise d'aspirine ou d'un médicament de la même famille.
- Si votre enfant souffre actuellement d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum.
- Si votre enfant a déjà eu une hémorragie ou une perforation au niveau de l'estomac après avoir pris de l'aspirine ou un autre médicament de la même famille (les

anti-inflammatoires non stéroïdiens).

- Si votre enfant a déjà eu une réaction allergique à un autre médicament a identifié chez lui des risques de saignements.
- Si votre enfant a une maladie rénale, des reins ou du cœur.
- Si votre enfant prend un autre médicament, assurez-vous que l'association avec ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe « Précautions d'emploi »).
- Si votre enfant est atteint d'une maladie hépatique, des cellules impliquées dans les réactions allergiques sévères.

**ASPEGIC 100MG SACHETS B2U**

**P.P.V : 21DH80**

**LOT : ZZE002 PER-03 2024**

**118000 061113**

**ASPEGIC 100MG SACHETS B2U**

**P.P.V : 21DH80**

**LOT : ZZE002 PER-03 2024**

**118000 061113**

recevant de l'aspirine.

Si votre enfant a moins d'un mois, vous devez d'abord consulter votre médecin avant d'utiliser un médicament contenant de l'aspirine, quel que soit le dosage.

**Pendant le traitement chez l'enfant**  
 Ce dosage est adapté pour l'enfant entre 6 kg et 22 kg. Pour les enfants pesant moins de 6 kg ou plus de 22 kg, il existe d'autres présentations d'aspirine dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Pendant le traitement, consultez immédiatement votre médecin si votre enfant a :**

- des troubles de la conscience ou du comportement et des vomissements, arrêtez le traitement car un syndrome de Reye est possible (voir le paragraphe « Avant d'utiliser ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose »).
- des saignements ou des douleurs dans le ventre. Le risque de survenue de ces effets augmente avec la dose, chez les personnes âgées, chez les personnes de faible poids corporel, chez les personnes ayant déjà souffert d'ulcère de l'estomac et en cas d'association à certains médicaments (voir rubrique « Autres médicaments et ASPEGIC NOURRISSONS 100 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose »).
- une crise d'asthme. Cela peut être le signe d'une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien.

En cas d'administration prolongée de fortes doses d'antalgiques, vous ne devez pas augmenter les doses d'ASPEGIC NOURRISSONS en cas de maux de tête.

L'utilisation régulière de médicaments soulageant la douleur peut conduire à des complications rénales.

**Si votre enfant doit subir une opération**

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>FANGAR AHMED</b>	
Matricule : <b>00479</b>	N° CIN : <b>892343</b>
Adresse : <b>Résidence El Mansour Ag. B - Grand Etouah El Mansour</b>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <b>17.37 APP6 CASA</b>	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>DR. EL MAKHLOUF Ali</b>	Spécialité : <b>Professeur Agrégé Cardiologie</b>
N° ICE :	N° INPE : <b>091057851</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Exforge + Crestor + Aspegic</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Casa</b> le <b>07-12-2022</b>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div>	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées