

## 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

- Reclamation : 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 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° W21-806285

Par  
Ahmed

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 53107		Société : DATA	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : AHINDAK ABDELLAH			
Date de naissance : 09-07-53			
Adresse : AGADIR			
Tél. : 0657348440		Total des frais engagés : 934 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AHINDAK ABDELLAH Age : 40			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ACHAT LIBRE			
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 : AGADIR

Le : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-806285	
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 : 3107	
Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK	
Total des frais engagés : 934	
Date de dépôt : 12/06/2023	

## 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
 <b>Pharmacie IFOU</b> Dr. DILAM HIRIK ASSEZI Lot. 7 Barmat 1 Lotiss. MRCRI Ait Melhoul - Tel: 05 28 24 60 79 INPE: 042080317	12/06/23	234,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a branched polymer chain with atoms numbered 1 through 8. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, indicating the direction of the main chain. A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right, both indicating the direction of the polymer backbone.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE IFOULKI



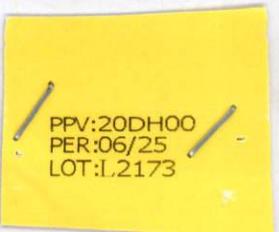
- NOM DU CLIENT : ATTIENDAK Abdelkader 3107 12/06/2023
- DATE DE FACTURATION :

❖ Signature et cachet du pharmacie :



INPE: 042080317  
➤ ADRESSE : lot barmat –tamazart N7 Barmat 1 Ait Melloul  
➤ ICE : 001113500000068

TEL : 05.28.24.53.76  
INPE : 042080317



PPV:20DH00  
PER:06/25  
LOT:12173

150 ml  
EXPECTORANT SYRUP  
SIROPE EXPECTORANT  
PECTYL®

PPV 22DH70 EXP 11/2025  
LOT 200323

PPV 14DH40  
PER 04/25  
LOT L1661

PPV:14DH40  
PER:06/25  
LOT:L1932

PPV:14DH00  
PER:12/25  
LOT:L3733

PPV:14DH00  
PER:12/25  
LOT:L3733

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 Comprimés



6 118000 040972

PPV:14DH00  
PER:10/25  
LOT:L3447

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

PPV:14DH00  
PER:01/25  
LOT:L370

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972  
PPV:14DH00  
PER:09/25  
LOT:L3048

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972  
PPV:14DH00  
PER:10/24  
LOT:K2806

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

# ASPÉGIC 500mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

**SANOFI** 

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre pharmacien.

Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la relire.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin, ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Veuillez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

40000441-01

ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe "Autres médicaments et ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose").

• Si vous êtes atteint d'une mastocytose (maladie des cellules impliquées dans les réactions allergiques) car il existe un risque de réactions allergiques sévères.

EN CAS DE DOUTTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**Avertissements et précautions**

**Avant d'utiliser ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose**

ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose est disponible sans ordonnance. Toutefois, vous devez consulter votre médecin avant de prendre ce médicament en cas de :

- maladie rhumatisante,
- maladie hépatitaire des globules rouges. Également appelée déficit en G6PD (car des doses élevées d'aspirine peuvent provoquer une destruction des globules rouges);

- antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum ou une inflammation de l'estomac (gastrite),
- antécédents de saignements digestifs ( vomissements de sang ou présence de sang dans les selles),
- maladie des reins ou du foie,

- rétine abondante,
- si vous suivez déjà un autre traitement anti-inflammatoire ou anticoagulant (réferez-vous au paragraphe "Autres médicaments et ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose" pour avoir plus d'informations).

- si vous suivez déjà un autre traitement anti-inflammatoire ou anti-coagulant (réferez-vous au paragraphe "Autres médicaments et ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose" pour avoir plus d'informations).

- maladie virale, en particulier varicelle ou syndrome grippal : des cas de syndrome de Reye (maladie rare, très grave associant principalement troubles neurologiques et atteintes du foie) ont été observés chez des enfants présentant une maladie virale et recevant de l'aspirine.

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

**Pendant le traitement chez l'enfant**

Le dosage est adapté pour l'adulte et l'enfant de plus de 30 kg à peu près (environ 9 ans) en cas de douleur ou pour l'adulte et l'enfant de plus de 20 kg à partir d'environ 6 ans) en cas de rhumatisme. Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations d'aspérine à votre pharmacien.

**Pendant le traitement, consulez immédiatement votre médecin :**

- des troubles de la conscience ou du comportement et des vomissements de sang;

aréfrez le traitement car un syndrome de Reye est possible (voir paragraphe "Avant d'utiliser ASPÉGIC 500 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose").

- des saignements ou des douleurs dans le ventre. Le risque de ces effets augmente avec la dose, chez les personnes âgées, chez les personnes de faible poids corporel, chez les personnes ayant déjà subi une opération de l'estomac et en cas d'association à certains médicaments en sachet-dose %;

- une crise d'asthme. Cela peut être le signe d'une allergie à l'aspirine ou à l'administration prolongée de fortes doses d'antalgiques;

- de l'augmentation de la pression artérielle ou de la pression veineuse dans les artères et les veines;

- de l'augmentation prolongée de la température dans les artères et les veines;

- de l'augmentation de la pression artérielle dans les artères et les veines;

- de l'augmentation de la pression artérielle dans les artères et les veines;

- de l'augmentation de la pression artérielle dans les artères et les veines;

- de l'augmentation de la pression artérielle dans les artères et les veines;

- de l'augmentation de la pression artérielle dans les artères et les veines;

- de l'augmentation de la pression artérielle dans les artères et les veines;

PPV (DH) :

LOT N° :

18,00

UT. AV. :

# pulmofluide® simple

~~PPV (DH) :~~

LOT N° :

1 - 5

UT. AV. :

18,00

# pulmofluide® simple