

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.

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.

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.

Prothèse 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

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



MLD

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009463

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Hamou Abdeleouahed Date de naissance : 21.04.1951
Adresse : 5, Rue de l'Horloge Polo Casablanca
Tél. : 0661238470 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 : Casablanca Le : 18/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
PHARMACIE NADOR LATILLOU Abdelali 3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pol Casablanca. Tél: 0522 28 05 76	18/02/20	129,30 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELEVÉ 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	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 27/01/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HAMMOU Abdelouahab

Présente Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois 01^{er} Janvier 2022

Dont ci-joint ordonnance : Trinitazide 5/25 mg

(à défaut noter le traitement prescrit) Aspirine 100 mg

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

DR BELAMINE Fatima
Médecin Généraliste
55, Boulevard Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Tél : 0522 38 56 23

PHARMACIE NADOR
LAHLOU ABDEALI
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 : 18/02/2020

FACTURE N°: 5238/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
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 TRENTE CTS

PHARMACIE NADOR
LAHLOU ABDEALI
3, Rue l'Hérault Av. Nador-Polo
Casablanca. Tél: 0222 28 05 76

ASPÉGIC® NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

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 essentielle 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 ANALGESIQUES ET ANTIPTYRETIQUES

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

ti
C
Il
é
D
2
.
D
2
P
d
n

107,50

ications
maux de tête,
enfant de 6 à
es.
enfant de 6 à
il existe
à votre

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

Ce médicament

allergie à l'a-

anti-inflamma-

antécédents d

médicament a

stéroïdiens),

d'aménorrhée),

l'estomac ou du duodénum en évolution,

maladie hémorragique ou

risque de saignement,

maladie grave du foie,

maladie grave des

LOT : 19E005
PER-06 2021

ASPÉGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113



dications)

ants :

ient

osants,

ou d'un

nes

es

es

es

es

es

es

es

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-duodéal (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 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, prévenir 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 ont pu provoquer des hémolyses (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-duodéal, • des