

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-521366

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22266</b>			
Matricule : <b>11252</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Autre</b>	
Nom & Prénom : <b>NADIF YASSIR</b>			
Date de naissance : <b>1977</b>			
Adresse : <b>LOT Stade d'honneur I m° 8 Maârif CSA</b>			
Tél. : <b>05 22 25 12 68</b>	Total des frais engagés : <b>59,00 Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : .....	
Nom et prénom du malade : .....	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b>
Age: .....	
<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>
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 : **19/02/2020**

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 BIR ANZARANE Mme. Aj. Najla A. LALHOU Rue Cadi lyass Bd. Bir Anzarane Casablanca	19/04/2022	59.00

## 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	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																		
D	G																	
B																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صِدْلَيَةُ بِئْرَانْزَرَانْ

## PHARMACIE Bir Anzarane

**ALJ Najia née LAHLOU**

Université Paul Sabatier Toulouse  
94, Rue Cadi Iyass Bd Bir Anzarane  
Casablanca 20100  
05.22.25.43.95



Casablanca le : 19/02/2020

Mrs ..... NADIA MASSIK ..... Doit

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
éfico sp 50	1	29.00	29.00
Propofol sp 50	1	30.00	30.00
			59.00

Note : L'agent extractif éthanol, fait à obtenir le principe actif : extrait de feuille de lierre. Le processus de séchage applique entière complètement l'alcool de l'extrait.

### NE PAS LISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

NE PAS DEPASSER LA DATE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.  
A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :

DURÉE DU TRAITEMENT : 1 semaine

### Bien agiter avant utilisation.

• Noumssons (2 à 3 ans) : 1 cuillère à café, 2 fois par jour.

• Enfants de 3 à 5 ans : 2 cuillères à café, 3 fois par jour.

• Enfants de 6 à 9 ans : 2 cuillères à café 3 fois par jour.

• Adultes et enfants (>10 ans) : 2 cuillères à café 3 fois par jour (le dosage chez l'adulte peut être augmenté jusqu'à 3 cuillères à café 3 fois par jour si nécessaire).

MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE : Voie orale.

RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS : Ce médicament contient du sorbitol (1,9 g par cuillère à café) et du sorbate de potassium (0,4 mg de potassium) par cuillère à café.

LISTE DES EXCIPiens DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS MEDICAMENTS : Voie orale.

medicin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

D'une façon générale, il convient de la grossesse et de l'allaitement, de toujours demander l'avise de votre pharmacie ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

Vous devrez que vous êtes enceinte pendant le travail, consulter votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre la grossesse.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT : Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si

vous devrez que vous êtes enceinte pendant le travail, consulter votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre la grossesse.

ATTENTION : Si les symptômes persistent plus de cinq jours, consulter votre médecin.

ATTENTION : En cas de douleur, il est indispensable de demander l'avise de votre pharmacien.

ATTENTION ! En raison de la présence de sorbitol, ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ en cas d'intolérance au fructose (maladie héreditaire rare).

• Au cours des infections bronchiques aigües bénignes.

• Dans les traitements symptomatique de la toux.

INDICATIONS : Le sirop PROSPAN EST RADICALMENT DIFFÉRENT de l'aspirine.

PROPRIÉTÉS : Mucolytique. Spasmodylique. Soulage la toux.

CLASSE PHARMACO - THÉRAPEUTIQUE : Médicament de Phytothérapie à visée expectorante.

PRÉSENTATION : Flacon de 200ml et 100 ml.

Eau purifiée, arôme cerise, gomme xanthane, acide citrique anhydre.

Exipients : sorbitol (crystallisable) 70% (crystallisable).

Sorbate de potassium 5% (crystallisable).

Liévre grimpant (extrait hydroalcoolique sec de feuille) 0,134 g.

Exipients : sorbitol (crystallisable) 55,000 g.

pour 100 ml

Adultes et Enfants  
mucolytique • spasmodylique • Soulage la toux  
Sans sucre • Sans alcool • Sans colorant

PAN®  
sent de la toux



Lot :

Per :

P.P.V : (DH)

# EFICAL sirop

- Pyrrolidone Carboxylate de Lysine .....	5	g
- Pyrrolidone Carboxylate de Calcium .....	2,5	g
- Parahydroxybenzoate de méthyle .....	0,150	g
- Excipient parfumé à l'abricot q.s.p. .....	100	ml

## INDICATIONS

- Rachitisme et autres carences calciques.
- Anorexie, carence protéique, retards staturo-pondéraux
- Troubles du comportement :
  - Agitation
  - Nervosité
  - Terreurs nocturnes

## POSOLOGIE

- Prématurés :
  - une cuillerée à café par jour
- Enfants jusqu'à 5 ans :
  - 2 à 4 cuillerées à café par jour
- Enfants au-dessus de 5 ans :
  - 2 cuillerées à soupe par jour.

L'EFICAL étant totalement dépourvu de toxicité, les cures peuvent être fréquemment renouvelées.

**sanofi-synthelabo**

Laboratoire SYNTHEMEDIC

20 - 22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam  
Roches Noires - Casablanca

23,00

L

l'Acide Pyrrolidone  
orer considérablement le  
, agités et de leur  
sine, EFICAL intervient  
a croissance.