

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.

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.

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 063582

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : 49729
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HR IBRAHIM Mohamed
Date de naissance :
Adresse : 47 Rue Mustapha EL MANFAATI -
64000 HIER CASABLANCA
Tél : 0661241340 Total des frais engagés : 13160 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 : 01/12/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 ROUDANI Mme LEBBAR Khodija Ep MIKOU d Brahim Roudani Vers Mly Youssef Maârif - Casablanca 05 22 27 23 86 / 05 22 27 17 24	01/12/2020	131,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

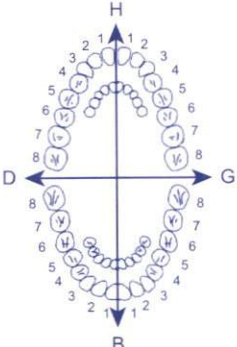
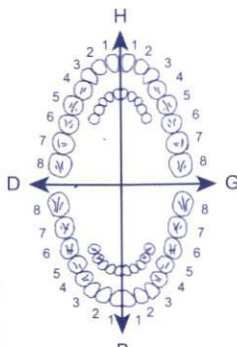
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 ROUDANI
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 776697

Date : 01/12/2020

Client :

MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits

CARDENSIEL 2.5 MG / 30 CPS
GLUCOPHAGE 850 MG / 60 CPS
KARDEGIC 160 MG / 30 SACHETS

Quantité

P.V

Total

1

50.70

50.70

1

45.20

45.20

1

35.70

35.70

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU

26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 17 74

T = 131,60

KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).
Excipients : Glycocolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose : boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION
PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution.
- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme).
- En cas de maladie hémorragique.
- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3g/j)).
- En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime sodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'ÊTRE
MÉDICAMENTS IL FAUT
AUTRE TRAITEMENT
PHARMACIEN notam
prenez des anticoagulants
oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses >3g/j).

Ce médicament contient de l'aspirine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas sans en parler à votre médecin ou à votre pharmacien afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées.

d) GROSSESSE - ALLAITEMENT

Au cours de votre grossesse, votre médecin spécialiste peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament, qui contient de l'aspirine à doses très faibles. Ces doses ne sont pas celles utilisées dans le traitement de la fièvre ou de la douleur. Si tel est le cas, il est très important :

- de respecter scrupuleusement l'ordonnance de votre médecin traitant, sans dépasser les doses prescrites;
- à partir du 6ème mois de la grossesse, de ne prendre aucun AUTRE médicament contenant de l'aspirine.

Ce médicament passe dans le lait maternel. En conséquence, l'allaitement est déconseillé.

D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS PREVENIR VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

a) POSOLOGIE

Réservé à l'adulte.

Ce médicament ne sera administré que sur prescription médicale.

La posologie usuelle recommandée est de 1 sachet par jour. SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un grand verre. Ajouter de l'eau. Une dissolution totale est obtenue rapidement.

c) FREQUENCE ET MOMENT AUXQUELS LE MEDICAMENT DOIT ETRE ADMINISTRE

SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

d) DUREE DU TRAITEMENT

SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

e) CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Ne pas dépasser la posologie indiquée et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel (en particulier s'il s'agit d'un enfant).

f) CONDUITE A TENIR AU CAS OU L'ADMINISTRATION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES A ETE OMISE

Continuez votre traitement mais prévenez votre médecin.

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS (Effets indésirables)
COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Il est possible que surviennent des douleurs de l'estomac, des nausées, des saignements de nez, des gencives, des douleurs du ventre. Il faut en avvertir votre médecin.

Dans certains cas rares, il est possible que surviennent une hémorragie (émission de selles noires, de vomissements sanglants), une éruption sur la peau, une crise d'asthme, un brusque gonflement du visage et du cou d'origine allergique pouvant aller jusqu'à une allergie généralisée. Il faut immédiatement arrêter le traitement et avvertir votre médecin.

Exceptionnellement, sont rapportés : bourdonnements d'oreille, sensation de baisse de l'audition, maux de tête : ils traduisent habituellement un surdosage en aspirine. SIGNELEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

6. CONSERVATION

a) NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

b) PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C. Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité. TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.



