

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0052888

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2534

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL AZIZ MINIA We KAITER

Date de naissance :

01/04/1953

Adresse :

Rue GN 16 Ag. EL ALI, Oufje, Cas

Tél. :

0665 89 77 13

Total des frais engagés :

40,00

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



### 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
<b>PHARMACIE SALAH EDDINE</b> <b>Mme HASSOUNI Selma</b> Docteur en Pharmacie 58 Bd Oued Sbou Oulfa Médiane Tel 05 22 90 50 05	16/01/2023	40,00

### 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
		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 :**

Veuillez 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		
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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





# DoliGrippe

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine



Veuillez lire attentivement l'intégralité de :

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. En cas de symptômes identiques, cela pourrait être vous-même. Ne réutilisez pas ce médicament.
- Si l'un des effets indésirables devient gênant, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative :  
Paracétamol .....  
Acide Ascorbique (Vitamine C) .....  
Maléate de Phéniramine .....

• Composition qualitative en excipients :  
Mannitol, acide citrique anhydre, povidone, saccharose, gomme arabique, orange

Composition de l'arôme : Substances d'arôme E141, Acide Ascorbique E300, Triacétate de vanilline

• Excipients à effet notoire :  
Aspartame, Rouge Cochenille A (E129)

**Classe pharmacothérapeutique** : Le type de médicament est :  
DoliGrippe, granulés pour solution buvable

**MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION** :  
DoliGrippe, granulés pour solution buvable

• Une action antihistaminique qui permet de soulager les symptômes du rhume

aux phénomènes spasmodiques tels que la toux, les éternuements

• Une action antalgique et antipyrétique

• Une compensation en acide ascorbique

**Indications thérapeutiques**  
Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

**Posologie**  
Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

• **Mode d'administration :**  
Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

• **Durée du traitement :**  
La durée maximale du traitement est de 5 jours.

• **Fréquence d'administration :**  
En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

**Contre-indications**  
Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Effets indésirables**

PPV:20DH00

PER:08/25

LOT:L2732





# DoliGrippe

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine



Veuillez lire attentivement l'intégralité de :

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. En cas de symptômes identiques, cela pourrait être vous-même. Ne réutilisez pas ce médicament.
- Si l'un des effets indésirables devient gênant, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative : Paracétamol

Acide Ascorbique (Vitamine C)

Maléate de Phéniramine

- Composition qualitative et quantitative des excipients : Mannitol, acide citrique anhydre, povidone

Composition de l'arôme : Substances

E414, Acide Ascorbique E300, Triacétate

- Excipients à effet notoire : Aspartame, Rouge Cochenille A (E124)

**Classe pharmacothérapeutique** : Le type

DoliGrippe, granulés pour solution buvable

MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION

DoliGrippe, granulés pour solution buvable

- Une action antihistaminique qui permet de soulager les symptômes

aux phénomènes spasmodiques tels que

- Une action antalgique antipyrétique

• Une compensation en acide ascorbique

**Indications thérapeutiques**

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,

• Des éternuements,

• Des maux de tête et/ou fièvre.

## Posologie

Reserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

## Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

## Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

## Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

## Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,

• En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,

• En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),

• En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,

• En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,

• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Effets indésirables**

PPV:20DH00

PER:08/25

LOT:L2732