

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Pris 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'H  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M23-008304

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93264 Société : 177427  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZAOUITA MANSOURA VIE MAKHLOUKI MOHAMED  
 Date de naissance : 1925  
 Adresse : HAY DOUMA 96 RUE 10 N°41 S/M  
 Tél. : 06 41 61 0834 Total des frais engagés : 678 DHS # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/10/2023  
 Nom et prénom du malade : ZAOUITA MANSOURA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : H-T-A  
 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) : ACCUET

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02/10/23		1	17004	<b>Dr. OUDRHIN NAIMA</b> Expert Assemblage Dorbl Jeddah Rue 29 N°3 Casablanca Tel : 0522 62 02 35
03/11/23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BOUMA</b> 22, Bd. Annahda Hay Douma Sidi Moumen - Casablanca Tél.: 05 22 70 26 46	02/10/23	528.30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

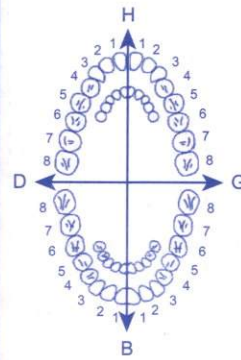
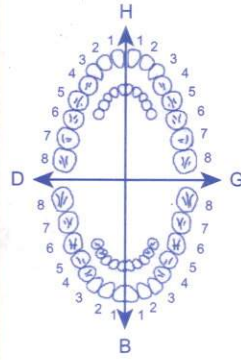
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				COEFFICIENT 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																
	<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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وادغيري

الطب العام  
طبيبة محلفة  
خبيرة لدى المحاكم

Casablanca. le

الدار البيضاء في

PHARMACIE DOUMA  
22 Bd Annahida Hay Douma  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tel: 05 22 70 26 46 [R]

20300 x 2 20000 A Namsoe RA

1) Colonne 8.160 / 18,5

79,70 18 22000  
21. A 20 2. 1000

20,00 18 103  
3. Felme 1

1060 18 1000  
41 Dulce 1

1200 18 1000  
2 si Naima Gastly 1  
528,30 18 1000

Dr. OUDRHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani, Rue 29 N°3  
Casablanca Tel: 05 22 62 02 35

x2 €  
6ed

6 118001 030521  
COTAREG 160/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 203.00 DH

PHARMED LOT : 9660  
UT.AN : 06-25  
PPV: 20DH00



# NORMOGASTRYL

COMPRIMÉS EFFÉVESCENTS SÈCS

NORMOGASTRYL

*Important : ces comprimés craignent l'humidité et la chaleur.*

*Reboucher le tube avec soin immédiatement après usage.*

*L'action de la couche déshydratante contenue dans le bouchon favorise la conservation.*

## Composition :

Bicarbonate de sodium : 170 mg

Sulfate de sodium anhydre : 285 mg

Hydrogénophosphate de sodium anhydre : 195 mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé effervescent.

## Indications :

Ce médicament est un anti-acide. Il diminue l'acidité de l'estomac. Ce médicament est préconisé dans les douleurs, brûlures, aigreurs de l'estomac ou de l'œsophage.

## Contre-Indications :

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

## Mise en garde :

Si les troubles ne disparaissent pas en 7 jours, il convient de consulter votre médecin. Si les douleurs sont associées à une fièvre, à des vomissements, il convient de consulter immédiatement votre médecin.

## Précautions d'emploi :

Les antiacides peuvent diminuer l'effet de nombreux autres médicaments. Il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

Par précaution, il convient de ne pas prendre au même moment l'antiacide et un autre médicament. Cet autre médicament pourra être pris à distance de l'antiacide (par exemple : 2 heures avant).

Si vous suivez un régime limité en sodium (régime sans sel ou peu salé), tenir compte de l'apport en sodium (411 mg par comprimé).

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

## Autres effets possibles du médicament :

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS; NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Des prises fréquentes peuvent entraîner un effet rebond (augmentation secondaire de la sécrétion acide de l'estomac).

A dose forte, survenue possible de diarrhée.

## Posologie et mode d'administration :

1 à 2 comprimés dans un verre d'eau après les repas ou au moment des douleurs selon l'ordonnance de votre médecin.

Il est habituellement inutile de dépasser 6 prises par jour, si celles-ci ne suffisent pas à vous calmer, consulter votre médecin.

## Condition de délivrance :

Ce médicament vous a été personnellement délivré dans une situation précise :

- Il peut ne pas être adapté à un autre cas.
- Ne pas le conseiller à une autre personne.

## Liste des excipients à effet notoire :

Sodium : 411 mg/ comprimé effervescent

## Durée de stabilité :

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

## Précautions particulières de conservation :

Conserver le tube soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

## Présentation :

Boîte de 20 comprimés effervescents.

PPV 12DH00

EXP 03/2027

LOT 330317

Schéma

**AZIX®** 500 mg ○  
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

أقراص  
قابلة للكسر

3

بوتي شم

82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشي - صيدلي مسؤول

®

**أزيكس**

أزيتروميسين

**500 ملغ**

عن طريق الفم

Azithromycine ..... 500 mg  
Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

**COMPOSITION :**



AMM N° 45 DMP/21/NRQ

5

18X45X97

**POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.  
**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.**

  
**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**  
Voie orale

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2782



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

05.11  
100008

**3** Comprimés  
sécables



**b**

bottu S.A.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine  
**500 mg**



# Dolostop®

Paracétamol

Adulte

LOT : 5524  
PER : 12-25  
P.P.V. : 10 DH 60

DOLOSTOP 500 mg comprimé, boîte de 20.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, boîte de 8.  
DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, boîte de 16.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, boîte de 8.

Utiliser  
ne pas  
ne pas

Veillez  
ce médi  
Gardez  
Si vous  
plus d'  
Ce médi  
jamais  
cela pourr  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

## PRESENTATION

DOLOSTOP 500 mg comprimé, boîte de 20.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, boîte de 8.  
DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, boîte de 16.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, boîte de 8.

## COMPOSITION

**Substance active :** Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg comprimé, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.  
DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

## Excipients

DOLOSTOP 500 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé  
DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé

· En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.  
· En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, DOLOSTOP doit être utilisé avec précaution.  
· Dolostop 500 mg comprimé effervescent contient 366 mg de sodium par comprimé effervescent. DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent contient 418 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.  
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

Signalez que vous ou votre enfant prenez Dolostop si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang.  
Si vous ou votre enfant prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS, LES BOISSONS ET L'ALCOOL

Sans objet

## INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.  
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament

## SPORTIFS

Sans objet

## EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet

## LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

· DOLOSTOP 500 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg comprimé : Sans objet  
· DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent et DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent : Sodium

**POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT**  
DOLOSTOP 500 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg comprimé

· Malnutrition chronique  
· Déshydratation  
Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.  
EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## Mode et voie d'administration

Voie orale.

## DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés :

Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruit).

## DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés effervescents :

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau; boire immédiatement après.

## Fréquence d'administration

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre.

Chez l'enfant, elles doivent être régulièrement espacées, y compris la nuit, de préférence de 6 heures et d'au moins 4 heures.

Chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum.

## DUREE DU TRAITEMENT

La durée du traitement est limitée:

· à 5 jours en cas de douleurs

· à 3 jours en cas de fièvre Si les douleurs persistent plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

## SURDOSAGE

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir en urgence un médecin.

## INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

## RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.