

## 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-807191

*CO*

### Optique

### Autres

*182656*

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

*BENDOURO MOUNA*

Date de naissance :

*13/01/1969*

Adresse :

*Vallée III villa 30 ZASEATINE el Menghi*

*Commune el Menghi TEMRA SKHIRAT*

Tél. :

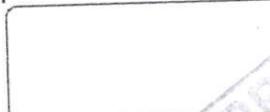
*06611460111* Total des frais engagés :

*55,50 DH*

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : *05/11/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

#### Déclaration de maladie

N° W21-807191

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : *9278*

Nom de l'adhérent(e) : *BENDOURO MOUNA*

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				DNP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433532
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433532

The diagram illustrates the cyclic nature of the H-B-D system. It shows a central point labeled 'H' at the top, connected by vertical lines to two horizontal axes. The left axis is labeled 'D' at its left end and 'B' at its right end. The right axis is labeled 'C' at its right end and 'G' at its left end. A series of numbered circles (1 through 8) are arranged in a circular pattern around the central point, representing the sequence of states or sites in the cycle.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutic processes à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-171051

Date : 30/10/2023

Mme BENDOURO MOUNA

Maroc

## Produit

Produit	Qté.	P.U	Total
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFER	1	15,80	15,80
FUCIDINE PD 15G POMMADE DERMIQUE	1	39,70	39,70

Total Organisme	0 DHS
Total Client	55,50 DHS
<b>Total</b>	<b>55,50 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-cinq DHS et cinquante centimes

PHARMACIE DES JARDINS  
Dr SAAJ Sanaa  
Avenue Mohammed 6 km 18  
CGI Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

فوسيدين®  
مرهم أنبوب من 15 غ

# Fucidine® 2% pommade

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce n'est pas à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer tort, même si elle présente les mêmes symptômes.

## ◆ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### DENOMINATION

FUCIDINE® 2%, pommade

### COMPOSITION QUALITATIVE / QUANTITATIVE

COMPOSITION	Centésimale	
Fusidate de sodium	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Excipients : alcool cétylique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.

### FORME PHARMACEUTIQUE

Pommade, Tube de 15 g.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

#### ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines

(D : Dermatologie).

## ◆ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique.

Ce médicament est recommandé dans les infections cutanées dues à des germes staphylococques et streptocoques.

## ◆ ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- \* allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,
- \* infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

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

### MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- \* La pommade ne doit pas être appliquée sur l'œil.
- \* Ne pas utiliser la pommade sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.
- \* Ne pas utiliser la pommade sur les lésions suintantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

### GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

### LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lanoline, alcool cétylique, butylhydroxytoluène.

## ◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

### POSOLOGIE

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Eviter l'application en couche épaisse.

### FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRE

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

### DUREE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

## ◆ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczème allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

Il faut IMMÉDIATEMENT ARRÊTER LE TRAITEMENT et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue.

SIGNEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## ◆ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

## ◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE I

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DÉLIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE.

Fabriqué par  POLYMÉDIC sous licence Léo Pharma.

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. T. BELABDA : Pharmacien Responsable

# Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACETAMOL

PPV : 15DH30

PER : 02/26

LOT : M700

## COMPOSITION

Paracétamol .....

Excipients : amidon de riz, palmitostéarate de

Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de

Bleu patenté V.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.



## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Système nerf)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est Indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, prévenir immédiatement un médecin.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg (soit environ moins de 8 ans).

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

- Avant de prendre du paracétamol il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent ou en cas de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

*Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre posologie).*

