

## 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
- 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



## Déclaration de Maladie

M23-0027304

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1935 Société : Ram Agorua  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JOUINKA ROUCHA  
Date de naissance : 20/11/53  
Adresse : N° 222 L.T. RIAD GEMMAD BOU RAO  
M. Mohamedine  
Tél. : 0654060792 Total des frais engagés : 111 Dh

### 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 : Mohammadia Le : 12 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 LA LIBERTÉ  
Mrzouki N.  
Lot Houari El Alla  
Mohammedia  
Tel: 66 28 32 08 06

12/10/2023

744 Dh

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

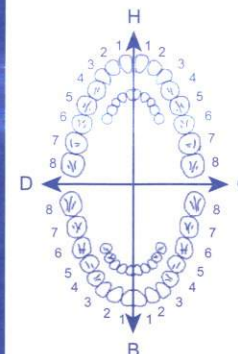
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

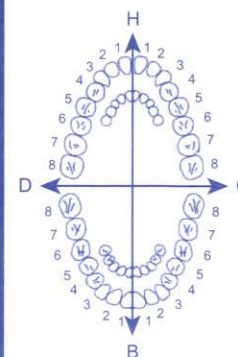
FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient  
DES TRAVAUX

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

Zouinka Boucharb

# PHARMACIE LA LIBERTE

336, Lots, Houria, El Alia Mohammedia. ☎ (023) 32 03 06  
R.C. Mohammedia : 40 14 / 27 48 - patente : 39 37 73 67

Najat MERZOUKI, Ep. HALOUI

Docteur en pharmacie

€

Mohammedia, le 12/10/23

FACTURE N° ...../200..

Date	Désignation	Qté	P.U.	Montant
12/10/23	A. O. L. Pharm. N. J.	0.1.	.....	14.00
.....	0.0. S. 20.4.7...	0.1.	.....	30.00
.....	Pharmacie LA LIBERTE	.....	.....	.....
.....	336 Lots Houria El Alia	.....	.....	.....
.....	Mohammedia	.....	.....	.....
TOTAL A PAYER:				44.00

Arrêter la présente facture à la somme de : .....

EXONERE DE TVA

# Doliprane® 1000mg

PARACETAMOL

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose, mais pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour traiter les douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs musculaires, douleurs articulaires douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin pour le traitement de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

### Contre-indications :

**Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :**  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde :

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

**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").**

### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV:14DH00  
PER:06/26  
LOT:M1989





LOT 211545  
EXP 05/2024  
PPV 30.00DH

الزبد من  
مراشاة أخرى.

ت صامدة للعصارة اللعابية في برشامات.  
56.28  
عواء

جبرائيل..... 20 ملغ  
السورفات: كمية كافية لبرشمة واحدة  
سواء من نايلر معروف: السكورون.  
3. الصنف الصيدلي العلاجي:  
يحتوي اوبيس على مادة فعالة تسمى اومبرازول omeprazole.  
وتتميز هذا الدواء لفعالة اوية تسمى مثبطات مضخة البروتون. وهو  
بغض كمية الحمض المفر في معدتك.  
4. الاستعمالات العلاجية:  
استعمل اوبيس 20 ملغ لعلاج الامراض الاتية:

عند التهاب المعدة  
القرحة المعدية المزمنة: يصعد حمض المعدة عبر المريء (الأنبوب  
الرابط بين الحلق والمعدة) ما يؤدي إلى الألم والالتهاب والقرحة.  
قرحة الجزء الأعلى من الصنار (قرحة الشاغشية) أو قرحة  
اللعدة.  
القرحة المتعفنة بحلزمة تسمى للموية البوابية Helicobacter  
pylori. وفي هذه الحالة قد يصف لك طبيب مضادات حيوية لعلاج  
العدوى وشفاء القرحة.  
قرحة المعدة المرتبطة بتناول مضادات التهاب غير الستيرويدية.  
وقد يستعمل اوبيس أيضا للوقاية من هذه القرحة إذا كنت تتناول  
مضادات الالتهابية غير الستيرويدية.  
قرحة الحمض في المعدة بسبب تضخم البانكرياس (متلازمة  
زولنجر-إليسون).

عند الأطفال:  
الأطفال الذين يتجاوزون سنهم سنة واحدة والذين يكون وزنهم  
يساوي أو أكثر من 10 كغم  
القرحة المعدية المزمنة: يصعد حمض المعدة عبر المريء (الأنبوب  
الرابط بين الحلق والمعدة) ما يؤدي إلى الألم والالتهاب والقرحة.  
قد تشمل الأعراض عند الأطفال صعد محتوى المعدة إلى الفم  
(الغثاس) والتقيؤ وارتجاع صعد في الوزن.  
الأطفال الذين يبلغون من العمر أكثر من 4 سنوات والمرافقين  
القرحة المتعفنة بحلزمة تسمى للموية البوابية Helicobacter  
pylori. وفي هذه الحالة قد يصف لك طبيب مضادات حيوية لعلاج  
العدوى وشفاء القرحة.  
5. الجرعة ونظام وألو طريقة تناول. وعدد مرات تناول الدواء.  
وقدرة العلاج:  
احرص دائما على تناول هذا الدواء وفقاً للجرعة التي وصفها لك  
الطبيب الخاص بك أو الصيدلي. استشر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت  
غير متأكد.  
حدد لك طبيبك عدد البرشامات التي تتناولوها وفترة الاستعمال.  
بمسبب حالتك الصحية وسنك.  
تحفظ:  
الجرعة الوحيدة هي أدناه:  
استعملها عند الكبار:

جرعت أنت أو طفلك صعوبة في بلع البرشامات:  
صحة وبلع محتواها مباشرة مع نصف كأس من الماء أو  
خوتي في ماء غاري. أو صمير فواكه يحتوي على كمية  
منه من الحمض (عصير البرتقال أو التفاح أو الليمون). أو مري  
التفاح.  
• خرب الخليلج دائما قبيل شربه (لا يكون الخليلج متجانسا)  
مباشرة بعد التحريك أو قبل انقضاء 15 دقيقة.  
• للناكد من شرب الدواء كاملا اشطف فاع الكاس بالماء واشربه.  
ولا يجب مضغ القطع الصلبة أو فعضها لأنها تحتوي على الدواء.  
6. موانع الاستعمال:  
لا يجوز أبدا تناول اوبيس 20 ملغ:  
• إذا كانت لديك حساسية لأومبرازول أو لأي مكونات أخرى يحتوي  
عليها اوبيس 20 ملغ.  
• إذا كانت لديك حساسية لأي مثبطات أخرى من مثبطات  
مضخة البروتون (مثل بانتوبرازول لانسوبرازول رابرابرازول  
إيسومبرازول).  
• إذا كنت تأخذ دواء يحتوي على تيفينغابر (التي يستخدم في  
حالة الإصابة بغيروس نقص المناعة المكتسبة).  
• إذا كنت في حالة الحمية اعلا لا تأخذ اوبيس 20 ملغ. إذا كانت لديك  
شكوك استشر طبيبك أو الصيدلي قبل تناول اوبيس 20 ملغ.  
7. الأعراض الجانبية:  
كشمل كافة الأدوية من المحتمل أن يكون لهذا الدواء تأثيرات غير مرغوب  
فيها رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.  
إذا لاحظت أحد هذه الآثار غير المرغوب فيها التادرة ولكن الخطيرة:  
توقف عن تناول اوبيس 20 ملغ وسارع إلى الاتصال بالطبيب:  
• إذا كان مفاصلك لتتفلس طبيعيا إلى صفير أو انتفاخ الشفتين  
والخدين والخلق أو الجسم أو طفح جلدي أو فقدان الوعي أو  
صعوبات في البلع (تفاعلات حساسية خطيرة).  
• احمرار الجلد طمع مع تورم أو قشور تعلق الجلد. في بعض  
الأحيان يمكن أن تكون البثور كبيرة وصغيرة يترافق في الشفتين  
والعينين والفم والأف والأعضاء التناسلية. وقد يدل ذلك على وجود  
متلازمة ستيفنز جونسون أو انحلال البثرة الدموي.  
قد تكون الصفرة والبول الغامق والتعب أعراضا لمرض الكبد.  
وهناك آثار أخرى جانبية غير مرغوب فيها:  
• آثار جانبية غير مرغوب فيها شائعة (يمكن أن تظهر في حدود  
شخص واحد من أصل 10):  
• الصداع.  
• التغيرات على المعدة أو الأمعاء كالإسهال والألم للعدة والإمساك.  
• انتفاخ البطن.  
• الغثاس أو القيء.  
• الإبرام الجديدة في للعدة.  
الآثار الجانبية قليلة التردد (يمكن أن تظهر في حدود شخص واحد  
من أصل 100):  
• تورم القدمين والكاملين.  
• مشاكل النوم (الأرق).  
• دوخة. تشمل ارتداء وكية في النوم.  
• دوار.  
• تغيرات في نتائج اختبارات الدم التي تضبط طريقة اشتغال  
الكبد.  
• طفح جلدي. تورم الجلد والحمكة.  
• شعور بالضيق العام ونقص الحيوية والنشاط.  
• آثار غير مرغوب فيها نادرة (يمكن أن تظهر في حدود شخص واحد  
من أصل 1000):  
• اضطرابات الدم مثل انخفاض عدد خلايا الدم البيضاء أو  
الصفائح الدموية. يمكن أن تسبب هذه الآثار ضعف في المناعة.  
• كدمات أو تسهول حدوث العدوى.  
• الحساسية. وقد تكون أحيانا شديدة جدا. بما في ذلك انتفاخ  
الشفتين واللسان والخلق والخصى والصغير.  
• انخفاض مستويات الصوديوم في الدم. وقد يؤدي ذلك إلى ارتداء

• إذا كان البراز يخرج أسود (ملون بالدم).  
• إذا كنت تعاني من الإسهال الغام أو للسمنبر لأن الأمبرازول قد  
قرب بارتفاع طفيف من الإسهال الحمضي.  
• إذا كانت لديك مشاكل كيميكية حامدة.  
• إذا قمت بتناول ثقل الجلد بعد العلاج سواء مشابه لأوبيس  
بقل من حمض المعدة.  
• يجب أخذ اوبيس مع حمض (Chromogranine C).  
إذا كنت تأخذ اوبيس 20 ملغ فقد طفوية (أكثر من سنة) سيسوف  
يقوم طبيبك بإعطائك برنامجا. يجب أن تأخذ بسعة كل الأعراض  
والأحداث الجديدة أو الاستمالات عند تناولك للطبيب.  
أخذ مضطاط مضخة البروتون مثل اوبيس 20 ملغ. وخصوصا إذا  
تعددت مدة العلاج أكثر من سنة. قد يربط فليلا من خطر كسور  
الورك والرسغ أو العمود الفقري. أخبر طبيبك إذا كان لديك مرض  
هشاشة العظام أو إذا كنت تأخذ الكورتكود (corticoids)  
(والتي يمكن أن تزيد من خطر هشاشة العظام).  
إذا تعرضت لطفح جلدي. خاصة في المناطق المعرضة للشمس. أخبر  
طبيبك في أقرب وقت ممكن. يجب أن تتوقف عن تناول  
اوبيس 20 ملغ. لا تس أن تذكر أي آثار ضارة أخرى مثل الألم في  
الفاصل.  
الأطفال:  
قد يحتاج بعض الأطفال للصبيان بأمراض مزمنة إلى علاج طويل  
الأمد. على الرغم من عدم التوصية بذلك. لا تعطي هذا الدواء  
للأطفال من سن 1 سنة أو أقل من 10 كغم.  
الإشعارات المتعلقة بالسورفات إذا تأثر تأثير العروق:  
نظرا لاحتواء هذا الدواء على السكورون فإنه لا ينبغي استعماله في  
حالة حساسية ضد الفركتوز أو متلازمة سوء امتصاص الفركتوز أو  
الغلوكوز أو نقص في إنزيم السكر (إيريموتاز) (أعراض وإثبات نادرة).  
9. التفاعل مع الأدوية وغيرها من الشفلات:  
تناول الأدوية أخرى:  
إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا دواء آخر بما في ذلك دواء نوع وصف  
طبيبة أخبر طبيبك بذلك أو الصيدلي. فقد يفتح عن تناول اوبيس  
20 ملغ تأثيرات على أوية أخرى كما أن بعض الأدوية قد يكون لها  
تأثير على اوبيس 20 ملغ.  
لا يجب أن تتناول اوبيس 20 ملغ إذا كنت تتناول دواء يحتوي على  
تيفينغابر (تستخدم لعلاج ما قد فقدان المناعة).  
عليك أن أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أحد الأدوية الاتية:  
• الكينوكسولان الإيزوكاتولول الويكاتولول أو الفوريكاتولول  
(أوية تستعمل لعلاج الإصابات العظمية).  
• الديجوكسين (التي تستعمل لعلاج أمراض القلب).  
• الديكسام (الستعمل في علاج الحروق الصرا أو كمساعد على  
ارتداء العصابات).  
• الفينيتون (الستعمل في الصرع). إذا كنت تتناول الفينيتون.  
من الضروري الخضوع لمرقابة الطبيب عند البدء في تناول اوبيس  
20 ملغ وعند التوقف عن تناوله.  
• مضادات تخثر الدم التي تجعل الدم أكثر سيولة مثل الوارفارين  
أو غيرها من فيتامين ك ومن الضروري في هذه الحالة الخضوع لمرقابة  
الطبيب عند البدء في استعمال اوبيس 20 ملغ وعند التوقف عن  
تناوله:  
• ريفاميسين (الستعمل في علاج داء السل).  
• التانابريف (الستعمل في علاج داء فقدان المناعة المكتسبة).  
• الكينوليدوس (في حالة زرع الأعضاء).  
• ميليتريوس (هيبوكيوم بيفورانوم) (الستعمل في علاج  
الانكبتوس).  
• سايكستاتول (الستعمل في علاج العرج المتقطع).  
• ساكوتانيفر (الستعمل في علاج داء فقدان المناعة المكتسبة).  
• كلوبيدوغريل (التي تستعمل للوقاية من حصىات الدم  
المتحدة).  
• Erlotinib (الستعمل في علاج السرطان).  
• الجينوزركسيت (دواء تستعمل بجرعة عالية في العلاج الكيميائي