

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Prendre 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- 0032187

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)


Matricule : 4500 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL FADIL Mohammed  
Date de naissance : 24-M-1961  
Adresse : Rue 3, N° 54 Lot GUYVERON OASIS  
CASA  
Tél. : 0661 133785 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :   
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : EL FADIL Mohammed Age : 34  
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 : Le : 01/04/2020

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
12/03/20	C2		250,00	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/3/2020	286,05

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

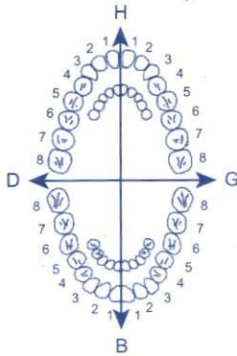
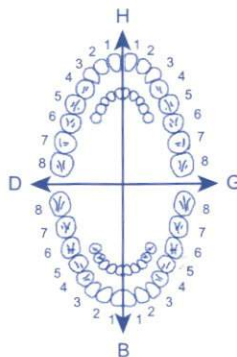
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13/03/20					250,00

# 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															
				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</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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



# مصحة أطفال CLINIQUE ATFAL

12/3/2020.

E. FADIL ZIAD

99.00 Sedes Long gel



1. 1 gel 1 pelt y.

107,10  
Orelon



107,10  
Orelon

2. 2.

79,95  
Zellen

rep 2 2 pelt y.



nota face 10

100 2 pelt 10

T = 286,05

المصحة أمال ضمير  
Dr. Amal DAMR  
Pédiatre  
الطبيبة في أمراض الأطفال الرضع وحديثي الولادة  
الطبيبة في أمراض الحساسية الرقم 497 سبيلي بصرى  
05 22 33 57 20 - الهاتف - المصحة - أمال

PHARMACIE MIRABEL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca  
05 22 33 57 20 - الهاتف - المصحة - أمال

LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV 99.00DH

27,50



OEDES 20mg  
28 gélules



6 118001 100088

Spasfon®  
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

IMP	910218
UTAV	PPC
21	79,95



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

## Note d'honoraires

Nom et prénom ER FADIL Ziad

Diagnostic \_\_\_\_\_

Intervention \_\_\_\_\_

Cotation \_\_\_\_\_

Honoraires 2500 dh

Casablanca, le 13/09/2016

Signé

**Dr Amal DAMIR**  
Pédiatre  
0522 36 07 20

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

☎ 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfalclinique@gmail.com

# Doliprane®

500mg  
PARACÉTAMOL

comprimé effervescent

500 mg,  
saccharine sodique, laurilsulfate de sodium, povidone,  
de sodium anhydre, leucine pour un comprimé

## PEUTIQUE

(N, Système nerveux central)

## CE MÉDICAMENT ?

Paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles  
que, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.  
réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg  
(8 ans) Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
moins de 27 kg, il existe d'autres présentations  
Prenez conseil à votre médecin ou à votre pharma-

## NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

NE PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :  
Paracétamol,

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

## MISES EN GARDE SPÉCIALES

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).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

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.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la  
présence de sodium : 408 mg par comprimé.

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

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux  
d'acide urique ou de sucre dans le sang.

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

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

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

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.

EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE  
UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :



ez demander conseil à votre  
ologé car vous devrez peut-être  
prendre ce médicament moins  
être amené à vous examiner

ée à un risque accru de trouble du  
laque. Ce risque peut être plus  
60 ans ou chez ceux prenant des  
ur. Le risque est également plus  
administrée avec certains  
médecin ou votre pharmacien si vous  
aiter des infections (infections  
si vous avez des problèmes au  
rise d'autres médicaments »).  
e efficace la plus faible chez

UM, contactez votre médecin si  
ythme cardiaque, tels que des  
irer, une perte de conscience. Le  
ors être arrêté.

ml, suspension buvable si vous  
alter les pathologies suivantes :  
ple la pentamidine ou les  
er l'itraconazole, le kétoconazole  
ple ou le voriconazole ;  
culier l'érythromycine, la  
la lévofloxacine, la moxifloxacine,  
tiques) ;  
ypertension artérielle (par exemple  
utilide, la disopyramide, le  
line, la quinidine) ;  
doid, le pimozide, le sertindole) ;  
opram, l'escitalopram) ;  
exemple le cisapride, le

zine, la mizolastine) ;  
antrine, la luméfántrine) ;  
le saquinavir (ce sont des

révir) ;  
ne, le vandétanib, la vincamine).  
prenez certains autres  
bridil, le diphémanil, la méthadone).  
pharmacien si vous prenez des  
fection, des problèmes cardiaques,  
nson.

otre médecin ou à votre  
suspension buvable est sûr pour  
es médicaments, y compris des  
nance.

### ments et boissons

nsion buvable avant les repas. S'il  
ption est quelque peu retardée.

ILIUUM pendant la grossesse n'est

que vous pouvez l'être, consultez  
is pouvez prendre MOTILIUUM.

lone ont été détectées dans le lait  
er des effets indésirables sur le  
IUUM doit être utilisé au cours de  
médecin le juge absolument

nécessaire.

médicamer

### Conduite

Certains pa  
sommolend  
n'utilisez p

### Informati de MOTILIU

- MOTILIUUM de sodium
- MOTILIUUM (E 420). Le
- MOTILIUUM parahydro
- MOTILIUUM parahydro

### 3. COMME

Respectez  
contraire d

Prenez MOTILIUUM avant les repas.

### Durée du traitement

Les symptômes disparaissent habituellement en 3 à 4 jours de prise du médicament. Ne prenez pas MOTILIUUM au-delà de 7 jours sans consulter votre médecin.

Le flacon est protégé par un bouchon de sécurité enfant. Pour ouvrir le flacon, appuyez sur le bouchon en plastique, tout en tournant dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, comme indiqué ci-dessous.

à votre médecin avant de prendre ce

### chines

vertigineuses ou une  
nduisez pas ou  
MOTILIUUM, avant de  
s.

### tains composants

ient moins de 1 mm  
« sans sodium »,  
ent du sorbitol  
atif. Aussi, si vous  
ntactez votre

ent également du

stances peuvent  
ment retardées), et

### sension buvable ?

cas d'indication

ès les repas, son

PER-01 2022  
LOT : 9MA163

MOTILIUUM 1mg/mL  
SUSP BU V FL 200 ML  
P.P.V : 40DH80  
S 1180000 011040



Agiter doucement le flacon avec un léger mouvement d'inclinaison afin d'éviter la formation de mousse.

### Adultes et adolescents à partir de 12 ans et de 35 kg

- Ne diluez pas MOTILIUUM 1 mg/ml, suspension buvable et ne le mélangez pas à d'autres liquides
- La dose habituelle est de 10 ml (soit 2 cuillères à café remplies à ras bord) jusqu'à trois fois par jour si possible avant les repas. Ne prenez pas plus de 30 ml par jour (soit 6 cuillères à café remplies à ras bord)

### Nouveau-nés, nourrissons, enfants de moins de 12 ans et adolescents de moins de 35 kg

- Votre médecin vous expliquera précisément quelle dose de ce médicament donner à votre enfant et à quelle fréquence.
- Donnez MOTILIUUM 1 mg/ml, suspension buvable à votre enfant en utilisant la seringue pour administration orale fournie avec le produit.
- Chez l'enfant, la dose dépend du poids corporel. Par exemple, pour un enfant pesant 10 kg, la dose par prise est obtenue en tirant le piston de la seringue jusqu'au trait de graduation correspondant au poids de l'enfant, soit 10 kg.
- Administrez la dose au maximum 3 fois par jour, avec un intervalle d'au moins 4 à 6 heures entre chaque prise, si possible avant les repas. N'administrez jamais plus de 3 fois sur une période de 24 heures.