

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- 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 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 068914

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001689 Société : RAM 37696

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Elmanouni Khadija

Date de naissance : 1958

Adresse : Ksar ELBHAR Rue "8" N° 56

Shata Casa

Tél. : 06.80.81.94.50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDRISSI Abdelhamid  
O.R.L et Chirurgie Face et Cou  
103, Rue Chaoula - Casa  
Tél : 05 22 22 01 41

26 AOUT 2020

Date de consultation : 12/8/2020

Nom et prénom du malade : Zicou Khadija Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ARIEL

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) :



# 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 Règlement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/8/2020       | CJ                | 50                    |                                 | Dr. IDJESSIE Abdelhakim<br>O.R.L et Chirurgie faciale<br>103, Rue Chaouia - Casa<br>Tél : 05 22 22 01 41 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 12.8.2020 | 207,10                |
|  |           |                       |
|  |           |                       |
|  |           |                       |
|  |           |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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

| 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  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <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 |
|                           | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | 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



# CABINET O.R.L

- NEZ - GORGE - OREILLES
- CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
- CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISSE

SPECIALISTE

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ  
DE MEDECINE DE PARIS

الدكتور عبد الحميد الإدريسي

اختصاصي

خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le 12/07/2020

64.50 Lial Khantig.  
132.00 3 galls 1 x 15  
Maxiclar sahr 1516  
1060 1 sahr 2 p x 87 27.10  
3 Dolostup 19  
103 31 10

PHARMACIE SNOUS  
Lot. 103, Rue Chaouia ex. Colbert  
Tél : 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82

Dr. Abdelhamid IDRISSE  
O.R.L. et Chirurgie de la Face et du Cou  
103, Rue Chaouia ex. Colbert - Casa  
Tél : 05 22 22 01 41



# Maxiclav®

1g/125  
500 mg / 62,5

amoxicilline + acide clavulanique

## COMPOSITION

### MAXICLAV Adultes

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....  
Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....  
Excipients.....

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 30 mg/sachet, Teneur en Potassium 24,54 mg/sachet

### MAXICLAV Enfants

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....  
Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....  
Excipients.....

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 15 mg/sachet, Teneur en Potassium 12,27 mg/sachet

## FORMES ET PRESENTATIONS PHARMACEUTIQUES

### MAXICLAV Adultes

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

### MAXICLAV Enfants

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

## INDICATIONS

Antibiotique de la famille des bêta-lactamines, pénicillines du groupe A et d'un inhibiteur puissant et irréversible de bêta-lactamases.

**MAXICLAV Adulte** présente un intérêt tout particulier, pour l'adulte, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës,
- sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites,
- surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention,
- exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques,
- pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des troubles de déglutition,
- cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles,
- infections gynécologiques hautes en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae,
- parodontites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites,
- traitement de relais de la voie injectable.

**MAXICLAV Enfants** présente un intérêt, tout particulier, pour l'enfant de plus de 30 mois, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës de l'enfant, otites récidivantes,
- surinfections de bronchopneumopathies chroniques,
- infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites,
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans,
- sinusites.

PPV: 132DH00  
PER: 01-22  
LOT: J008

## RESPECTER LA DUREE DU TRAITEMENT

Pour être efficace, cet antibiotique doit être pris pendant toute la durée du traitement, et aussi longtemps que votre médecin vous le prescrira. La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas que l'infection est complètement guérie. L'éventuelle impression de mieux-être ne doit pas vous faire interrompre le traitement sans effet sur cette impression.

## CONTRE - INDICATIONS

Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (céphalosporines).

Allergie à l'un des constituants de MAXICLAV. Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association de Phénylcétonurie en raison de la présence de Phénylcétonurie. MAXICLAV® ne doit généralement pas être utilisé.

## MISES EN GARDE

La survenue de toute manifestation allergique (urticaire, œdème, etc.) nécessite l'arrêt immédiat du traitement et la consultation d'un médecin.

Des réactions immuno-allergiques dont les plus graves et parfois fatales ont été exceptionnelles traitées par les bêta-lactamines. Leur administration doit être surveillée de près. Leur arrêt doit être immédiat. Devant des antécédents d'allergie à un antibiotique, le traitement doit être interrompu.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution chez les patients atteints de troubles hépatiques. Il est recommandé de surveiller l'état du patient pendant le traitement prolongé. Le risque de survenue d'effets indésirables est majoré en cas de traitement supérieur à 15 jours.

# MYK® 1%

Sulconazole

Solution pour application locale

## COMPOSITION

Sulconazole (DCI) sous forme de Nitrate de S

Excipients : q.s.p.....

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Solution pour application locale : flacon de 30 ml

## INDICATIONS

Traitement local des mycoses superficielles cutanées

- *Dermatophyties* :

- Traitement des dermatophyties de la peau glabre
- Traitement ou traitement d'appoint des :
  - \* intertrigos génitaux et cruraux à dermatophytes (dans la marge),
  - \* intertrigos des orteils (pied d'athlète). Dans le cas des intertrigos inguinaux, il est nécessaire de rechercher un intertrigo des orteils,
  - \* sycosis et kérions.

Un traitement systémique antifongique associé est à discuter.

- *Pityriasis versicolor*.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans le cas suivant :  
- hypersensibilité à l'un des composants.

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

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### MISES EN GARDE

Un traitement sur de grandes surfaces, sur une peau lésée, sous occlusion ou en couches épaisses, en raison du passage de l'antifongique dans la circulation générale, peut entraîner des effets systémiques. Ces effets sont particulièrement à craindre chez les nourrissons et les enfants en bas âge, en raison du rapport surface/poids et des phénomènes d'occlusion spontanés dans les plis et au niveau des couches.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

Pour usage local seulement

- S'il apparaît des réactions suggérant une sensibilisation ou de l'irritation, l'utilisation du médicament doit être interrompue.
- Eviter le contact du médicament avec l'oeil. En cas de contact avec les yeux, rincez avec un grand volume d'eau.
- Grossesse et allaitement : en raison de suspicion d'effet embryotoxique chez l'animal, il est recommandé de ne pas l'utiliser chez la femme enceinte et de l'éviter chez la

MYK 1%

64,50

# Dolostop®

## Paracétamol

**DOLOSTOP 500 mg, comprimé**  
**DOLOSTOP 1000 mg, comprimé**  
**DOLOSTOP 500 mg, comprimé effervescent**  
**DOLOSTOP 1000 mg, comprimé effervescent**

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Le médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
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**  
DOLOSTOP 500 mg comprimé, Paracétamol  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, 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, Paracétamol par comprimé.  
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, 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.

- 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'alcool 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 PHYOTHERAPIE 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'ATTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES UTILISER DES MACHINES

Sans objet

### LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- DOLOSTOP 500 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg oblet

- DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent et DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent : Sodium

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIES D'ADMINISTRATION

09,0V

### DUREE DU TRAITEMENT

seront espacées de 8 heures minimum.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises

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

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

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur

### Fréquence d'administration

boîte immédiatement après.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

**effervescents:**

**DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés**

eau, lait, jus de fruit).

Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple

**Mode et voie d'administration**

PHARMACIEN.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDecin OU A VOTRE