

# ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

N° M20- 0009238  
ND: 49259

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

823

Société :

RATI

02 DEC. 2020

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAAONINA

Date de naissance :

01/01/1948

Adresse :

24 JABIR BEN HAYANE APP 36

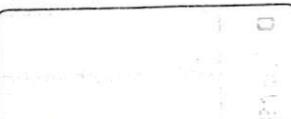
Casablanca

Tél. :

06 42 5597 80

Total des frais engagés : 1,70 DA

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enf.

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'�épartement de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Signature du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des GENERATIONS Abdelmajid BAILOUR Sidi Bel Abbès en Face de la commune 0522.20.73.33/0522.26.50.32	01/12/20	61,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																										
	<b>SOINS DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table>										
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																						
MONTANTS DES SOINS																																										
DEBUT D'EXECUTION																																										
FIN D'EXECUTION																																										
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																																										
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B																												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
H	G																																									
25533412 00000000	21433552 00000000																																									
D	G																																									
00000000 35533411	00000000 11433553																																									
B																																										

PHARMACIE DES GENERATIONS  
BALLOUK ABDELMAJID  
53 RUE JABER IBN HAYANE BD D'ANFA -CASA

Tél : 0522207333

Patente N°: 35506788  
N° R.C. : 247674  
Compte :  
CNSS : 2356344  
Id.Fiscale : 40404981  
ICE : 000819496000 4

Le : 01/12/2020

LAAOUINA KHADIJA

FACTURE : 36069 du : 01/12/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLAMINE X20 COMPRIMES	15,30	15,30	7,00%
1	HEXTRIL BAIN DE BOUCHE	13,60	13,60	7,00%
1	RHINOFEBRAL GELULES	14,30	14,30	7,00%
1	SOPHTAL 10ML COLLYRE	18,50	18,50	7,00%
Total TTC				61,70

Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	57,66	4,04	61,70
		57,66	4,04	61,70

Pharmacie des GENERATIONS  
Abdelmajid BALLOUK  
53, Rue Jaber Ibn Hayane en Face de la commune  
Sidi Boughlal Bd d'Anfa Casablanca  
Tél: 0522.20.73.33 / 0522.26.50.32



LOT:

PER:

PPV:

13,60

# RHINOFEBRAL®

A LA VITAMINE C



rhumes, rhinites  
rhinites allergiques  
rhinopharyngites  
état grippal

20 GÉLULES

**FORMULE :**

Paracétamol	.....	240 mg
Maléate de chlorphénamine	.....	3,20 mg
Acide ascorbique (vitamine C)	.....	100 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, talc, stéarate de magnésium. Pour une gélule.

**FORME PHARMACEUTIQUE :**

Gélule, boîte de 20.

**CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE :**

ANTALGIQUE périphérique et ANTIPYRETIQUE

ANTIHISTAMINIQUE (N : système nerveux central), (R : Système respiratoire)

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT :**

Ce médicament contient du paracétamol, un antihistaminique, la chlorphénamine et de la vitamine C. Il est indiqué pour le traitement symptomatique de l'écoulement nasal lors d'un rhume avec maux de tête et/ou fièvre, chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans.

**CONTRE-INDICATIONS :**

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

- allergie connue au paracétamol ou aux antihistaminiques.
- maladie grave du foie,
- difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre.
- glaucome.

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé pendant l'allaitement.

**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 élevée, prévenir immédiatement un médecin. En cas de survenue d'écoulement nasal purulent comme en cas d'aggravation ou en l'absence d'amélioration de votre état au bout de 5 jours de traitement (persistance de fièvre...) CONSULTEZ UN MEDECIN.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

Il existe des médicaments plus adaptés pour les enfants de moins de 12 ans.

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

En cas de persistance de fièvre ou de douleur et compte tenu des posologies recommandées, prenez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Des précautions sont nécessaires chez les personnes âgées présentant des troubles de la prostate, prédisposées aux constipations chroniques, aux vertiges ou à la somnolence.

En cas de maladie au long cours du foie ou des reins, prévenez votre médecin afin qu'il puisse adapter la posologie.

Ce médicament peut entraîner une somnolence, majorée par l'alcool :

- il est préférable de commencer le traitement un soir.
- et d'éviter les médicaments contenant de l'alcool pendant la durée du traitement.

**EN CAS DE DOUTE, N'HESITEZ PAS 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

# DOLAMINE

paracétamol - caféine - prométhazine

## DOLAMINE

Paracétamol - Caféine -

Voie orale  
20 comprimés

### Composition :

Paracétamol ..... 0,400 g  
Caféine ..... 0,025 g  
Prométhazine chlorhydrate ..... 0,005 g  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose  
Boîte de 20 comprimés  
AMM N° : 329 DMP/21/NCF

DOLAMINE®  
Boîte de 20 comprimés P.P.V. : 15,30 D

6 118000 190394

### FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimés sécables : - Boîte de 20 comprimés sous plaquettes ther

### COMPOSITION :

Paracétamol ..... 0,400 g  
Caféine ..... 0,025 g  
Prométhazine Chlorhydrate ..... 0,005 g  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé  
Excipients à effet notoire : Lactose.

### PROPRIÉTÉS :

DOLAMINE® est une association de 3 principes actifs :

- Paracétamol : antalgique périphérique, antipyétique à mécanisme d'action central et périphérique.
- Prométhazine : antihistaminique H1 à effet sédatif, anticholinergique et adrénoïytique périphérique.
- Caféine : Stimulant central.

Antalgique - antipyétique, DOLAMINE® permet de combattre les affections douloureuses et les manifestations

DOLAMINE® n'entraîne pas de trouble de l'hémostase et peut être administré aux malades soumis à un traitement anticoagulant. Lorsque, pour des raisons de tolérance, l'ingestion de l'acide acétylsalicylique (Aspirine) est déconseillée, son administration peut être avantageusement remplacée par DOLAMINE®.

### INDICATIONS :

DOLAMINE® est indiqué : dans le traitement symptomatique des douleurs faibles à modérées et des fièvres d'origines diverses, en particulier :

- Migraines, céphalées, maux de tête, névralgies, douleurs dentaires et de la sphère ORL.
- Douleurs musculaires, courbatures.
- Douleurs rhumatismales, sciatique, lumbago, torticolis.
- Règles douloureuses.
- Etats grippaux.
- Rhumes.
- Refroidissement.

### CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité ou antécédents d'allergie à l'un des composants.

- Enfant de moins de 7 ans.

- Insuffisance hépatocellulaire.

### POSOLOGIE :

Enfant : à partir de 7 ans

1/2 à 1 comprimé 2 à 3 fois par jour, selon l'âge.

Adultes : 1 à 2 comprimés 3 fois par jour sans dépasser 8 comprimés par jour.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Enfant de moins de 7 ans.
- DOLAMINE® doit être utilisé sous surveillance médicale lors d'un traitement prolongé chez les sujets atteints de dysfonctionnement rénal.
- La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant le traitement.
- L'attention est attirée notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines sur les risques de somnolence et possibilités de vertiges liés à l'antihistaminique prométhazine HCl.

### Grossesse et allaitement :

DOLAMINE® peut être administré chez la femme enceinte ou allaitante dans les conditions normales d'utilisation et aux doses thérapeutiques recommandées.

### EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

DOLAMINE® EST UN MEDICAMENT : NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

- Sulopride et sulpiride.
- Autres dépresseurs du système nerveux central.
- Atropine et autres substances atropiniques.
- Agonistes - antagonistes morphiniques.
- Enoxacine - Ciprofloxacine - Quinolones.
- En cas d'exams paracliniques.

### EFFETS INDESIRABLES :

En général réversibles à l'arrêt du traitement.

#### Effets neurovégétatifs :

- Sédatrice ou somnolence, plus marquée en début de traitement ;
- Effets anticholinergiques de type sécheresse des muqueuses, constipation, troubles de l'accommodation, mydriase ;
- Hypotension orthostatique ;
- Plus rarement, mais notamment chez certains enfants, des effets de type excitation : agitation, nervosité, insomnie.

#### Effets hématologiques :

- Leucopénie, neutropénie, agranulocytose ;

- Thrombocytopénie ;

- Anémie hémolytique.

#### Réactions d'hypersensibilité :

- Erythèmes, purpura, urticaire ;
- Oedème, plus rarement oedème de Quinck ;
- Choc anaphylactique.

- Ictère chez les insuffisants hépatocellulaires.

Tout autre effet indésirable qui ne serait pas mentionné sur cette notice devra être signalé au médecin traitant ou à la pharmacien.

AMM N° : 329 DMP/21/NCF

Révision : Mars 2012

NDO0011V3



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA  
Casablanca - Maroc

# SOPHTAL® 0,1%, collyre

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

SOPHTAL 0,1%, collyre

### b) COMPOSITION

Acide salicylique.....

Gluconate de chlorhexidine.....

Chlorure de sodium, acide borique, borax.

eau distillée de rose, eau purifiée.....

### c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre-Flacon compte-gouttes de 10 ml.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTISEPTIQUE LOCAL/ASTRINGENT LEGER

(S = organe sensoriel)

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires).

Il est préconisé dans le traitement des irritations oculaires chroniques non infectées.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

(CONTRE INDICATIONS)

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

Allergie à l'un des constituants.

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

### b) MISES EN GARDE SPECIALES

Ne pas injecter, ne pas avaler.

### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, il convient d'attendre 15 minutes avant son instillation.

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

### d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

L'efficacité d'un collyre peut être perturbée par l'instillation simultanée d'un autre collyre : il convient d'attendre 15 minutes avant de pratiquer l'instillation d'un deuxième collyre.

*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.*

### e) GROSSESSE - ALLAITEMENT

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

*D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.*

## 4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

### a) POSOLOGIE

Instillez une goutte de collyre 2 à 4 fois par jour dans chaque œil malade.

### b) MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie locale

EN INSTILLATION OCULAIRE

Se laver soigneusement les mains.

Eviter de toucher l'œil ou les paupières avec l'embout du flacon.

Instiller une goutte dans l'œil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas. Fermer l'œil quelques secondes.

L'œil fermé, essuyer proprement l'excédent.

Refermer le flacon après utilisation.

