

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## litions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## 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.

Nº P19- 061386

ND: 51670

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Abdellatif Msaalam

Date de naissance : 01-02-1949

Adresse : 1 Rue Allal Ben Abdellah - 1017 - 24M

ALDI - b. 407 SAGAN

Tél. : 066640500 Total des frais engagés : ..... Dhs

### 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 : .....



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) : .....

### RELEVE 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 SOURCE Dr. EL MAMOUN MOUNA 6-7 RUE AÏT ASSERDOUNE TÉL: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.60	26/11/12	861 - AH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

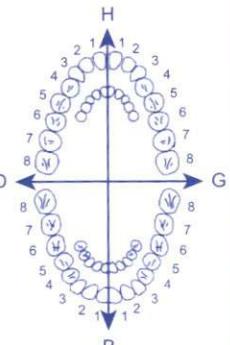
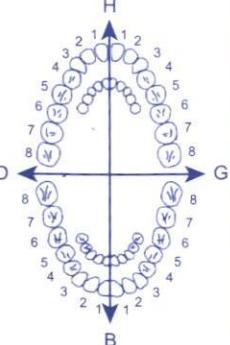
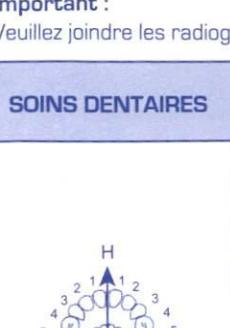
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				Coefficient des Travaux												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## صيدلية المنهج

## Pharmacie La Source



El moumni Mouna  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie de Rabat

PHARMACIE  
**LA SOURCE**

Date 26/11/2020  
Facture 10882

Facture 1000

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
1	Mill Poux Secs 35	255	255
1	Rizomine 5	227	227
1	Anti-Sec Syntex	194	194
1	Sophthal coll.	185	185

86 6

Acceptee la présente facture à la  
Somme de quatre vingt six dinars  
et Dix centimes.

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUINI MOUNA  
6-7 RUE MIRASSOUR  
TÉL: 05.22.36.24.80  
05.22.36.26.69

TCF 000 809 11 00000 79

7, Rue Aïn Asserdoune - C.I.L - CASABLANCA  
Tél : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat : 34812010

Tel. : 05 22 36 24 85 - R.C : 293512 - N° Pat. :  
I.N.P.C 0963810

**SOPHTAL® 0,1%, collyre**

201452

EXP 03/2022

PPV 18 50

18,50

**1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

**a) DENOMINATION**

**SOPHTAL 0,1%, collyre**

**b) COMPOSITION**

Acide salicylique.....	0,100 g
Gluconate de chlorhexidine.....	0,005 g
Chlorure de sodium, acide borique, borax.	
eau distillée de rose, eau purifiée.....	q.s.p. 100 ml

**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.

**DRILL EXPECTORANT SANS SUCRE ADULTE 5 POUR CENT**, solution buvable  
en flacon édulcoré à la saccharine sodique  
(DCI : Carbocisteïne)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de  
Si vous avez toute autre question, si vous avez  
pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement pré-  
symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous  
parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**1. Composition du médicament**

**Principe Actif :**

Carbocisteïne.....

**Excipients :**

Saccharine sodique, Parahydroxybenzoate de méthyle, Hydroxyethylcellulose souple, <sup>1,1</sup>®, huile, hydroxyde de sodium, eau  
purifiée qsp 100 ml.

Liste des excipients à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle, éthanol et sodium.

**2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité**

MUCOLYTIQUE - code ATC : R05CB03 (R : Système respiratoire).

**3. Indications thérapeutiques**

Ce médicament est un modificateur des sécrétions bronchiques.

Il est recommandé en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'expectoration (difficulté à rejeter, en crachant, les sécrétions bronchiques).

Ce médicament est indiqué chez les adultes.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 5 jours.

**4. Posologie**

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

La dose recommandée est de 1 cuillère à soupe (15 ml) 3 fois par jour (soit au maximum 45 ml par jour).

En cas d'amélioration, la dose peut être réduite à 10 ml 3 fois par jour.

**Mode d'administration**

Voie orale.

Agiter le flacon avant utilisation.

**Durée du traitement**

La durée de traitement doit être restreinte à 5 jours. En cas de persistance des symptômes, un avis médical doit être demandé.

Ne pas dépasser la dose indiquée.

Après avoir pris ce médicament, vous devriez essayer de tousser, ce qui contribue à éliminer les mucosités de vos poumons.

Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**5. Contre-indications**

**Ne prenez jamais DRILL EXPECTORANT SANS SUCRE ADULTE 5 POUR CENT, solution buvable en flacon édulcoré à la saccharine sodique :**

- Si vous êtes allergique à la carbocisteïne ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique composition.
- Si vous souffrez d'ulcère de l'estomac ou du duodénum (ulcère gastro-duodénal actif).
- Si vous allaitez votre (vos) enfant(s).

**6. Effets indésirables**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Possibilité de troubles digestifs tels que :

- douleurs à l'estomac,
- nausées, vomissements et diarrhées.

Possibilité de troubles cutanés : réactions allergiques telles que : éruption cutanée, démangeaison, urticaire (sensation semblable à une piqûre d'ortie), brusque gonflement du visage (angio-oedème) et érythème pigmenté fixe (tache cutanée brune).

PPV (DH) :

LCT N° :

25;50

UT. AV. :

**ANTIBIO-SYNA  
Gouttes auriculaires  
Flacon de 10**

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B

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

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, d'ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous le trouvez dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**ANTIBIO SYNALAR**

15,40

**COMPOSITION DU MEDICAMENT :**

**Composition qualitative et quantitative en substances actives:**

Acétonide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 U
Sulfate de néomycine	350 000 U

Pour 100 ml de solution.

**Excipients:** Nitrate de phénylmercure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau purifiée.

**Excipient à effet notoire:** Phénylmercure

**FORME PHARMACEUTIQUE:**

Solution pour instillation auriculaire. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:**

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

**Posologie:**

À titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

**Mode et voie d'administration:**

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

**Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:**

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

**Fréquence d'administration:**

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

**Durée de traitement:**

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

# RINOMICIN

PHARMAS

LOT : 3069  
UT.AV.08-23  
PPV:22DH70

## FORME ET PRÉSENTATION :

Poudre pour solution orale : boîte de 10 sachets.

## COMPOSITION :

Chaque sachet de poudre contient :

Chlorphénamine maléate.....	4 mg
Phénylephrine chlorhydrate.....	6 mg
Salicylamide.....	200 mg
Paracétamol.....	400 mg
Caféine.....	30 mg
Vitamine C.....	300 mg
Excipients q.s.p.....	10 g
Excipients à effet notoire : saccharose, jaune orangé S.	

## PROPRIÉTÉS :

Elles procèdent de l'activité de ses principaux composants :

- La Chlorphénamine maléate, antihistaminique H1, agit par inhibition de la sécrétion nasale.
- La phénylephrine chlorhydrate, alpha-sympathicomimétique, contribue à la décongestion et à la libération des voies respiratoires.
- Le paracétamol et le salicylamide agissent en synergie en tant qu'antalgique et antipyrrétique.
- La caféine agit comme stimulant général et atténue l'effet sédatif et la somnolence liés à la chlorphénamine.
- La vitamine C agit comme anti-oxydant, aide à la défense de l'organisme et contribue avec la caféine à un état de bien-être du patient.

## INDICATIONS :

Rinomicine® est indiqué dans le traitement symptomatique des :

Etats grippaux : rhume, congestion nasale, catarrhe nasal et éternuement.

Etats fébriles : fièvre, courbatures, refroidissement, douleurs modérées ou élevées (telles que maux de tête).

## CONTRE-INDICATIONS :

Ces médicaments sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée ;
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathicomimétique alpha du vasoconstricteur ;
- D'insuffisance coronarienne sévère ;
- D'antécédents de convulsions ;
- D'hypersensibilité à l'un des composants ;
- D'adénome de la prostate ;
- De glaucome ;
- D'insuffisance hépatocellulaire ;
- D'insuffisance rénale ;
- D'ulcère gastroduodénal ;
- D'antécédent d'hémorragies digestives liées à la prise de l'acide acétylsalicylique et/ou un anti-inflammatoire non stéroïden ;
- Au troisième trimestre de la grossesse ;
- D'asthme.

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

## EFFETS SECONDAIRES :

Peu fréquent : sensation légère de sécheresse de la bouche.

Rarement : éruptions cutanées, troubles hématologiques.

SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Réservé uniquement à l'adulte.

Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence du paracétamol et du salicylamide dans la composition d'autres médicaments.

Chez l'adulte de plus de 50 Kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

En cas d'ulcère gastroduodénal, d'hémorragie digestive, de traitement anticoagulant associé, de traitement prolongé ou à forte dose, d'asthme, de diabète, d'insuffisance rénale, une surveillance médicale régulière est nécessaire.

Pendant la durée de traitement l'absorption d'alcool est déconseillée.

Ce médicament contient du saccharose, son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase isomaltase.

Tenir compte dans la ration journalière de la teneur en saccharose (8 g par sachet).

Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre eux deux médicaments contenant des vasoconstricteurs.

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

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Rinomicine® est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante. Toutefois en cas de nécessité, son administration pendant la grossesse et l'allaitement sera possible sous surveillance du médecin traitant ou du pharmacien.

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

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale.

Réservé uniquement à l'adulte.

Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.

Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire immédiatement.

La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

## DURÉE DU TRAITEMENT

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

## CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

Ne pas laisser à la portée des enfants.