

# 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.

## Diagnostique 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)**



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

7  
61795

**Déclaration de Maladie : N° P19-0002752**

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

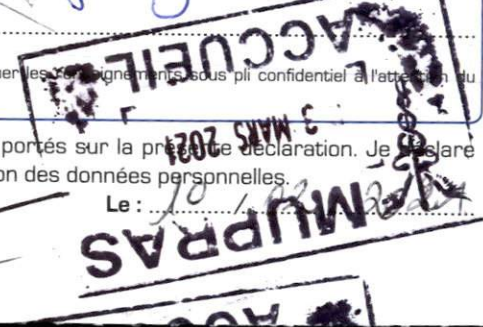
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8738 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL BOUIRI MY Abdelaziz Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 06 61 44 77 45 Total des frais engagés : 1357,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 05/02/2021  
 Nom et prénom du malade : EL BOUIRI MY Abdelaziz Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : auto-verse de poignee  
 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 : Casablanca Le : 18/02/2021  
 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
05/02/21	CS	1	57,80	
05/02/21	blanchette	1		
	infatig			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

## 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	

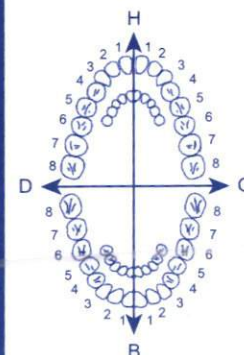
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	----------------	------------------	-------------

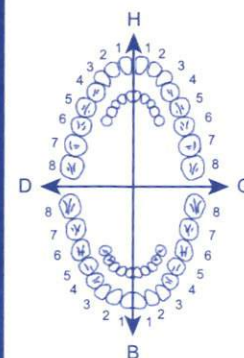


## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## 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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 05/02/2021

EL BOUJRI BADR



10,00

②

Andel rwo -

1 p + 3 j



47,80

②

Dasen

1 p + 3 j (10)

57,80

Pharmacie du Boujri  
36, Boulevard du 9 Avril, Quartier Palmiers  
Casablanca - Tél.: 052 25 32 05  
pharmacie.dulouvic@gmail.com

Dr. Mounsi BIRJOUK  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle : 9 Avril 2021



# ANDOL® 500 mg

## Paracétamol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.  
• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.  
• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.  
• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres, même en cas de symptômes identiques.  
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### FORMES PHARMACEUTIQUES :

Boîte de 20 comprimés.

### COMPOSITION

La substance active est :

Paracétamol

Les autres composants : q.s.p.

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :** Méta

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :**

AUTRES ANALGESIQUES et ANTIPYRETIQUES

### INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre, telles que :

• douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir

de 8 ans) : lire attentivement la rubrique Posologie.

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol :

demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais ANDOL 500 mg, comprimé dans les cas suivants :

• allergie connue au paracétamol ou aux autres constituants,

• maladie grave du foie.

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 :

Faites attention avec ANDOL 500 mg, comprimé :

#### 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 (voir

rubrique « Posologie »).

La prise de comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

#### 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.

• Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifiez que vous ne prenez pas

d'autres médicaments contenant du paracétamol.

• Prévenez votre médecin en cas de maladie du foie ou des reins, ou d'abus d'alcool.

• Prévenez votre médecin si vous prenez d'autres médicaments contenant du paracétamol.

• En cas de problèmes de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, ANDOL 500 mg,

comprimé doit être utilisé avec précaution.

• Ce médicament contient du sulfite et peut provoquer des réactions allergiques sévères et

une gêne respiratoire.

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

DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTION MEDICAMENTEUSES ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS :

Signalez que vous ou votre enfant prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un

dosage du taux d'acide 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.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la

grossesse ainsi qu'au cours de l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout

médicament.

### COMMENT PRENDRE ANDOL 500 mg, COMPRIME ?

#### Posologie

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (environ à partir de 8

LOT : 200116  
UT AV : 03/2023  
PPV : 10,00DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

• Les doses supérieures à 3 g de paracétamol

• NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 g de PA

de tous les médicaments contenant du paracé

Toujours respecter un intervalle de 4 heures a

En cas de maladie grave des reins (insuffisanc

espacées de 8 heures minimum, et la dose tot

(3 g).

La dose maximale journalière ne doit pas excé

dans les situations suivantes :

• adultes de moins de 50 kg

• atteinte grave du foie

• alcoolisme chronique

• malnutrition chronique

• déshydratation

Si vous avez l'impression que l'effet de ce méd

votre médecin ou votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A

PHARMACIEN.

### Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler tels quels avec un

fruit).

La prise de comprimé est contre-indiquée che

de travers et s'étouffer. Utiliser une autre forme

### Fréquence d'administration

Les prises systématiques permettent d'éviter le

Chez l'enfant, elles doivent être régulièrement e

6 heures et d'au moins 4 heures.

Chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4

En cas de maladie grave des reins (insuffisanc

de 8 heures minimum.

### DUREE DU TRAITEMENT

La durée du traitement est limitée :

• à 5 jours en cas de douleurs

• à 3 jours en cas de fièvre

Si les douleurs persistent plus de 5 jours ou la

ne pas continuer le traitement sans l'avis de vo

### Surdosage

Si vous avez pris plus de ANDOL 500 mg, com

En cas de surdosage ou d'intoxication accident

Instructions en cas d'omission d'une ou plu

Si vous oubliez de prendre ANDOL 500 mg, co

Ne prenez pas de dose double pour compens

### EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS

Comme tous les médicaments, ANDOL 500 m

indésirables, bien que tout le monde n'y soit pa

• Dans certains cas rares, il est possible que su

# DASEN<sup>®</sup> 10.000 UI

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### DENOMINATION

DASEN<sup>®</sup> 10 000 UI, comprimé

### COMPOSITION QUALITATIVE

#### SERRAPEPTASE .....

Excipients : stéarate de magnésium, cellulose, jaune orangé S (E110)

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

\*1 unité correspond au nombre d'unités de serrapeptase libérées en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,00

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

### Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al aouam. Roches Noires - Casablanca

### DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les oedèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

### ATTENTION !

#### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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 réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER 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,



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

05/02/2021

**Mr EL BOUIRI BADR**

**Incidence**

- Poignet gauche de face+profil

**Résultat :**

Pas de lésion  
notée





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

05/02/2021

**Facture N° 5033/21**

**Mr EL BOUIRI BADR**

Consultation	Gratuite
Radiographie	300 DH
Traitement orthopédique	
Par manchette plâtrée	1000 DH

**Total 1300 DH**

**Arrêtée la présente facture la somme:**  
**/ Mille Trois Cents Dirhams /**





EL Boui Ri Mouhay Abdelaziz  
Matricule 8438

Muptas

Sujet: Déclaration

Bonjour, je porte à votre  
connaissance que mon fils EL Boui Ri  
BADR à eu une entorse au poignet  
en glissant dans sa baignoire à  
la maison.

Cordialement

