

## 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.

### 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 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-588313

62158

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9272 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENDOUN NOUNA

Date de naissance : 13/01/69

Adresse : habituelle

Tél. : 0661460122 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-588313

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9272

Nom de l'adhérent(e) : BENDOUN NOUNA

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



[illegible][illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b>                      <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-56796

Date : 29/01/2021

BEN DOURO MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	14,00
TOBREX CL 5ML COLLYRE	1	26,40	26,40

Total Organisme	0 DHS
Total Client	40,40 DHS
<b>Total</b>	<b>40,40 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante DHS et quarante centimes

PHARMACIE DES JARDINS  
Dr. JABOR Sanaa  
Avenue Mohammed 6 km 18  
CGI - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose, mais pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg ? CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour soulager les douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin pour le traitement de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans).

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Contre-indications :

**Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :**

allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

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.

## Mises en garde :

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").**

## Grossesse et allaitement :

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

PPV: 14DH00

PER: 10/23

LOT: J2684



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972





# TOBREX 0,3 %, collyre en solution

## Tobramycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle.
- Si vous avez d'autres questions interrogez votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
- Ce médicament peut être nocif, même si les signes de leur maladie ont disparu.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, arrêtez l'usage du médicament et consultez votre médecin.

S'applique aussi à tout effet indésirable qui ne sera pas mentionné dans cette notice.

### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE ?
3. COMMENT UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?
5. COMMENT CONSERVER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

### 1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

Ce médicament contient un antibiotique de la famille des aminosides.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution est indiqué dans le traitement des infections bactériennes de la cornée (d'origine bactérienne) et ulcères de la cornée.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE ?

#### en solution ?

N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution si vous avez des antécédents d'allergie à l'un des constituants du médicament (tobramycine ou l'un des excipients).

Attention avec TOBREX 0,3 %, collyre en solution :

· En cas d'allergie, le traitement doit être arrêté.

· Ce médicament doit pas être employé en injection péri ou intra-oculaire.

· En cas d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consultez votre médecin.

· En cas de traitement prolongé par ce collyre, une surveillance par votre médecin est nécessaire.



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION



NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

TOBREX® 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
**Alcon®**

TOBREX® 0,3 %  
Collyre 5 ml

Rambourville AMO



6 118000 020417