

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-517782

74018 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9278 Société : ...

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ...

Nom & Prénom : BENDOURO NOUMA

Date de naissance : 13/01/69

Adresse : ...

Tél. : ... 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° W19-517782

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 : 9278

Nom de l'adhérent(e) : BENDOURO

Total des frais engagés : 57,80 DH

Date de dépôt : ...

### 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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Dr. J. R. B. Sanaa Avenue Mohamed VI EGI - Rabat Tél/Fax : 05 37 01 10 40	Date	Montant de la Facture
	13/05/21	57.60 DA

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

[illegible]

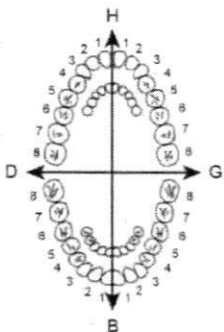
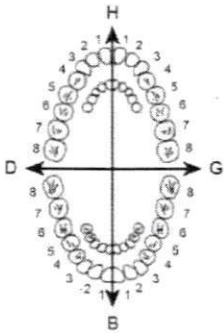
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées[illegible]

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 16. The piers are arranged in two rows of 8, with the top row numbered 1-8 from left to right and the bottom row numbered 16-9 from left to right. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, 'C' on the right, and 'R' at the bottom.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**[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

# Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor  
0537011040  
Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-68289

Date : 13/05/2021

BEN DOURO MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
DERMOVAL CR 0.05% 10G CREME	1	17,40	17,40
TOBREX CL 5ML COLLYRE	1	26,40	26,40
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	14,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	57,80 DHS
<b>Total</b>	<b>57,80 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-sept DHS et quatre-vingts 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

Comprimé

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

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

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

PPV 14DH00  
PER 01/24  
LOT K138

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour soulager la fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs 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 de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE 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.

## **TOBREX 0,3 %, collyre en solution Tobramycine**

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes, leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Il s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

LOT 202673

EXP 11 2023

PPV 26 40

### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
3. COMMENT UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

### **1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament contient un antibiotique de la famille des aminosides: la tobramycine.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil dues à des bactéries pouvant être combattues par cet antibiotique: conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne) et ulcères de la cornée.

### **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?**

**N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution**

· antécédents d'allergie à l'un des composants

(antibiotique de la famille des aminosides)

1200000

LISATEUR



%, crème  
asol

N DE L'UTI

,05 %

e clobéta

Veuillez ell  
import

- Ga
- Si acien
- Cel'autre
- mé
- Si cin ou
- aut. Voir

GlaxoSmithKline Maroc

ID: 646945

Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 17,40 DH



médicament ca

ou votre pharma  
donnez pas à d  
res.  
n à votre méde  
ans cette notice

Que ce

1. Qu
2. Qu%, crèn
3. Co
4. Qu
5. Co
6. Co

est-il utilisé ?  
DERMOVAL 0,05 %

...age et autres informations.

# 1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS ES

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV)

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde loca  
application cutanée.

Il est indiqué généralement dans certaines maladies de la peau peu étendues (

- En plaques et ne répondant pas à d'autres traitements :
  - psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouve
  - lupus érythémateux discoïde (plaques associant rougeur, vaisseaux sup
  - lichen (plaques rouges ou violacées provoquant des démangeaisons).
- Cicatrices hypertrophiques (en relief)
- Lésions non infectées, peu étendues ne répondant pas à un corti...