

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pe@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adh@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed V - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45



Declaration de M:

N° W19-474828

86869
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00626 Société : Retraité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : TARIK B. REDOUANE

Date de naissance : 07/08/1966

Adresse : 11, Rue A. Sattouf, 10000 - Rabat

Tél : 0661 390226 Total des frais engagés : 47.20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TARIK B. REDOUANE

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Achats de médicaments

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

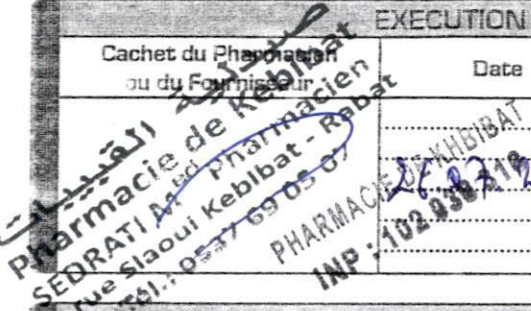
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Rabat Le : 26/11/2012

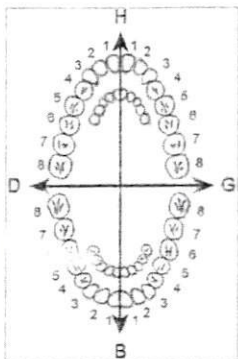
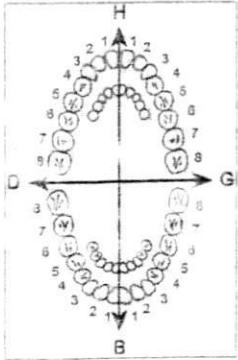
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 Règlement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.07.19	47.30

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
		AM	PC	IM		

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, a																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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 A

ie de Kebibat

amed Sedrati
harmacien

e Omar Slaou
T - 10000 RABAT

15 37 69 05 07

P. : 101295

2. : 23778

صيدلية القبيبات

محمد السدراتي
صيدلي

7 زنقة عمر السلاوي

القبيبات - الرباط

الهاتف : 05 37 69 05 07

السجل التجاري : 101295

الحساب البريدي : 23778

FACTURE N°

الرباط، في 26.07.2015

M. TABICI Redouane

Désignation	P. U.	Total
1 Deliponine large cp	14.00	14.00
1 Viltan 1000 cp	15.30	15.30
1 Paracetamol simple 500 mg	18.00	18.00
		47.30
addition à la somme de 47.30		
soit 47.30		
à payer à la caisse de pharmacie de Kebibat		
2015		
صيدلية القبيبات		
Pharmacie de Kebibat		
SEDRATI M ⁸⁰ Pharmacien		
7, rue Slaoui Kebibat - Rabat		
Tél. : 0537 69 05 07		

Pulmofluide® Simple

Solution b
(Benzoate de sodium, Terpène, Guaïfé

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un problème, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Si les symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou persiste, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Benzoate de sodium
Terpène
Guaïfénésine
Eucalyptol
Codéine base
Ipéca (extrait fluide)
Excipients : Acide benzoïque (E210), Saccharose (E110), eau purifiée q.s.p.

Excipients à effet notoire : Sodium, Ethanol

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Expectorant (système respiratoire)

Le PULMOFLUIDE® SIMPLE est un liquide

comme la Terpène, la Codéine, l'Eucalyptol

Le PULMOFLUIDE® SIMPLE est un antitoux

les muqueuses respiratoires et fait disparaître

l'irritation douloureuse, l'oppression.

Sous l'effet du PULMOFLUIDE® SIMPLE la toux

l'action fondamentale du PULMOFLUIDE® SIMPLE.

3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement d'appoint des troubles de la sécrétion bronchique.

4. POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Réservé à l'adulte

Voie orale.

Se conformer strictement aux prescriptions du médecin, ou à défaut prendre les doses suivantes :

Adultes : 1 cuillère à soupe, 3 fois par jour.

5. CONTRE INDICATIONS :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Antécédent d'hypersensibilité à l'un des constituants, mentionnés dans la rubrique 1 ;
- Toux de l'asthmatique : en raison de la présence de la codéine ;
- insuffisance respiratoire : quel que soit son degré (en raison de l'effet dépressur des centres respiratoires et de la nécessité de respecter la toux pour éviter l'encombrement bronchique) ;
- au cours de l'allaitement pour éviter le risque d'exposition de l'enfant à la codéine
- chez les sujets connus pour être des "métaboliseurs ultra-rapides" (CYP2D6*) ;
- En raison de la présence de l'alcool dans l'excipient, il est préférable d'éviter l'administration de ce médicament chez le sujet en cure de désintoxication et chez les diabétiques. Chez ces derniers, il y a lieu de tenir compte également de la teneur en sucre ;
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de traitement par : médicament provoquant une réaction antabus avec l'alcool, les dépressur du SNC, les IMAO non sélectifs, l'insuline, la metformine, les sulfamides hypoglycémiant ;
- La terpène est contre indiquée en cas de néphrite.

6. EFFETS INDESIRABLES

Possibilité de troubles digestifs (gastralgies, nausées, vomissements et douleurs abdominales, constipation), des réactions cutanées allergiques, d'état vertigineux, de somnolence et de dépression respiratoire.

En raison de la présence de dérivés terpéniques et en cas de non-respect des doses préconisées :

- risque de convulsions chez l'enfant et chez le nourrisson.
- possibilité d'agitation et de confusion chez le sujet âgé.
- rarement des bronchospasmes.

7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

Mises en garde :

Cette spécialité contient des terpéniques qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques à types de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant. Respecter les posologies et la durée de traitement préconisée.

En cas d'expectoration grasse et purulente, en cas de fièvre ou en cas de maladie chronique des bronches et des poumons, il convient de réévaluer la conduite thérapeutique.

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

18,00
PFV (DH) :
LOT N° :
UT. AV. :
pulmofluide®
simple

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

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

Les autres composants sont : croscarmellose, maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (ou stéarate).

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour traiter la fièvre telles que maux de tête, état grippal, règles douloureuses. Il peut également soulager les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte.

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.

PPV: 14DH00
PER: 01/24
LOT: K100



Vita C 1000®

Effervescents

(Acide ascorbique)

1-DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000®, Comprimés effervescents : Boîtes de 20 et de 50 comprimés.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. En cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet inhabituel, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet inhabituel, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.

2-COMPOSITION DU MEDICAMENT

Acide ascorbique (Vit. C) 1000 mg

Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium anhydre, Saccharose, Arôme orange polvaromas n° 3, Colorant jaune orangé S (E102).

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium : 307 mg par comprimé.

Saccharose : 441,5 mg par comprimé.

Colorant jaune orangé S (E102).

3-CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Vitamine C

4-INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

5-POSOLOGIE

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS

La posologie est de 1 comprimé par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

Durée de traitement

La durée de traitement est limitée à 1 mois.

6-CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais VITA C 1000® Comprimé effervescent :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans VITA C 1000®.

- En cas de calcul rénal.

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

7-EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, VITA C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

A fortes doses supérieures à 1 g/jour, possibilité de :

- troubles digestifs (brûlures d'estomac, diarrhées),
- troubles urinaires (gêne à l'émission des urines ou coloration rouge des urines),
- hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose 6 phosphate déshydrogénase (manque en un enzyme des globules rouges).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Vita C 1000®

PPV 150H30
EXP 01/2023
LOT 90056 9