

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Maladie chronique :

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

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° P19- 0025367

ND 887724 Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1756 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SLADU, KIHNAFA

Date de naissance : 1956

Adresse : 50 Lotissement KHALFAOUI OUBRA

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 : syndrome infectieux

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-025367

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
20/09/2017	9	1	55	Dr. KERZAZI Mohammed CHIRURGIEN 39, Bd. Mohammed V

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA CLINIQUE INPE: 082037185 32, Bd. Mouloud Bellakhdar Tél.: 0534774796 - OUJDA	20/09/2017	13070

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KERZAZI Mohamed
CHIRURGIEN
Expert Assermenté
Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097
39, Boulevard Mohammed V
Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد
طبيب جراح
خبير محلف
لدى محكمة الاستئناف بوجدة
39، شارع محمد الخامس
الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



20 Sept 2021

Oujda, le في وجدة،

- Aspirine 100mg 14,00

130,70

- Aspirin 2 79,00
31 mg/1

- Panadol 15,00

20 mg/1

- Furazolidone 20 mg/1

20 mg/1

- Dop 19,00

10 mg/1

- Rhinocort 20 mg/1

TOT	200,00
EXP	12 00 00
PPV	19,00
22,70	

PHARMACIE LA CLINIQUE
INPE: 002037185
32, Bd. Mohammed V, Sellakhdar
Tél.: 0536 70 47 96 - OUJDA

Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39, Bd. Mohammed V - OUJDA
Tél. : 05 36 68 45 10

130,70

PANALGIC®
Paracétamol et caféine



COMPOSITION

Paracétamol (DCI).....1 comprimé

Caféine (DCI).....Excipients q.s.p.

FORMES PHARMACIENNES

PRESENTATIONS

PANALGIC®, comprimés

Boîte contenant 50 mg de caféine

et 50 mg de paracétamol

PANALGIC®, comprimés

Boîte contenant 500 mg de paracétamol et 50 mg de caféine

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Médicaments contre la douleur et la fièvre.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

PANALGIC® est indiqué dans le traitement des symptômes de la fièvre et les douleurs.

ATTENTION!

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

- Allergie au paracétamol ou à la phénacétine.

- Allergie à l'un des excipients de la préparation.

- 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 SPECIALES et PRECAUTIONS D'EMPLOI

La prudence s'impose en cas d'atteinte hépatique légère, d'atteinte rénale grave, de déficience en glucose 6 phosphate-déshydrogénase et en cas d'alcoolisme.

Ce médicament contient du paracétamol. Ne pas dépasser les doses prescrites ou recommandées, ni prolonger le traitement.

Si des symptômes persistent, consultez votre médecin traitant. Chaque comprimé effervescent contient 316,56 mg de sodium.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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 en particulier en cas de traitement par l'acide acétylsalicylique ou autres médicaments anti-inflammatoires.

le métoclopramide, la cholestyramine et le charbon actif.



00.15
2022
10
2024
LOT
EXP
PPV

COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ALLAITEMENT

DE TOUJOURS PREVENIR VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER LE MEDICAMENT.

Les comprimés effervescent et les comprimés PANALGIC® peuvent être pris pendant la grossesse et l'allaitement, pendant toutefois une période aussi brève que possible.

SI VOUS DECOUVREZ QUE VOUS ETES ENCEINTE PENDANT LE TRAITEMENT, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN CAR LUI SEUL PEUT JUGER DE LA NECESSITE DE LE POURSUIVRE.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LE CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lactose, sodium (comprimé effervescent).

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

POSOLOGIE

1 comprimé effervescent ou 1 comprimé toutes les 6 à 8 heures, selon les besoins.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Comprimé : prendre le comprimé avec un peu d'eau.

FREQUENCE ET MOMENT AUXQUELS LE MEDICAMENT DOIT ETRE ADMINISTRE

Les prises doivent être espacées d'au moins 6 heures et ne peuvent pas dépasser 2 comprimés effervescent ou 2 comprimés en 1 fois et 6 comprimés effervescent ou 6 comprimés par 24 heures.

Si le mal devait perdurer plus de trois jours, consultez votre médecin.

Apixol®

Comprimés à sucer



• Calme l'irritation • So

COMPOSITION :

Extrait sec de Propolis. Extrait sec de fleurs de S lyptus (Eucalyptus globulus, maltodextrine). Hu sec de feuilles de Sauge (Salvia officinalis, ma cordata, maltodextrine) gamma-cyclodextrine arabique). Extrait sec de gel d'Aloès (Aloe Barba la (Malpighia glabra, maltodextrine) titré à 25% citron. Stéarate de magnésium E470B. Dioxya édulcorant. Sans gluten.

PROPRIÉTÉS :

Apixol® comprimés est un dispositif médical à base d'actifs naturels tels que la propolis, le tilleul, le myrrhe et l'aloès. Les composants de Apixol® comprimés forment un film protecteur à « effet barrière » et soulagent l'irritation de la gorge ce qui permet d'apaiser la toux sèche. Apixol® comprimés hydrate et fluidifie le mucus en cas de toux grasse et apporte ainsi un soulagement immédiat. Apixol® comprimés est formulé en comprimés à dissoudre lentement dans la bouche. Grâce à sa composition particulière à base d'ingrédients riches en polysaccharides, mucilage, résines et gommes, il est capable de créer un film adhésif muqueux aux multiples activités :

- Limite le contact avec des agents externes irritants en réduisant la stimulation des récepteurs de la toux ;
- Favorise l'hydratation du mucus et favorise son élimination;
- Apaise les irritations;
- Favorise la restauration des conditions physiologiques normales des voies respiratoires;
- Procure une activité balsamique.

Apixol® comprimé contient également des extraits secs d'eucalyptus et de sauge aux propriétés émollientes et apaisantes, ainsi que d'Acerola, une source naturelle de vitamine C aux propriétés antioxydantes connues. La saveur d'orange et de citron confère au produit un goût agréable.

CONSEILS D'UTILISATION :

1 comprimé à sucer 3 fois par jour. Laisser dissoudre le comprimé lentement dans la bouche.

PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité ou d'allergie à un ou plusieurs composants. En cas d'apparition d'effets indésirables, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin. A éviter pendant la grossesse et l'allaitement. Tenir hors de la portée des enfants. Conserver dans un endroit frais et sec, loin des sources de chaleur et à l'abri de la lumière. Ne pas utiliser le produit après la date de péremption figurant sur l'emballage. La date de péremption fait référence au produit intact et correctement stocké.

Le numéro d'autorisation du ministère de la santé

À consommer de préférence avant fin/
Best before end of

N° de Lot / Batch number

PPC : 83 DH

N°DA2018180755SDMP/20 UCAv1



Fabriqué par Pharmalife Research-Garbagnate Monastero (LC)-Italie selon les normes BPF/GMP.

Laboratoires Pharmalife certifiés ISO 9001 et ISO 13485.

Importé au Maroc par **Medipro Pharma** : Borj El yacout, BD Rahal El Meskini. 20120. Casablanca

Autorisation Ministère de la Santé : n° : 33064/2019/DMP

Autorisation sanitaire ONSSA n° : ES.5.229.16

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL Comprimé

DOLIPRANE

La substance active est le paracétamol (1111,11 mg par comprimé).
Les autres composants sont : l'hydroxypropylméthylcellulose K30, amidon de maïs précuit, stéarate de magnésium.

PPV: 14DH00

PER: 03/24

LOT: K892

me de paracétamol DC 90

providone K30, amidon de

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Ce médicament est indiqué dans les cas de douleur et/ou fièvre de nature inflammatoire, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être utilisé dans les douleurs de l'arthrose.



COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS ?

en cas de douleur et/ou fièvre de nature inflammatoire, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être utilisé 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.

