

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Nº P19-0025367

ND 887724 Courrier

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1856 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI KITNA

Date de naissance : 1956

Adresse : 50 lotissement KHALFANI OUM

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... / .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : syn. infarctus

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 : 05/07 Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : SLAOUI KITNA

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 : .....

## RELEVE 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
10/02/2012	Q	1	65	Dr KERZAZI Mohammed et Mohammed

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LA CLINIQUE INPE: 082037185 32, Bd. Mouloud Bellakhdar 17 96 - OUJDA</p>	20/08/2017	130,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### VIOLET ADHERENT

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

## RELEVE 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 radioographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 كرزاوي محمد

طیب جرام

خیبر محلہ

## لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 0536684510 - وجدة

وجدة، في ..... Sept 2002 ..... Oujda, le ..... .

٢٠ سبتمبر ٢٠٢١  
٢٠ Sept 2021

وَجْدَةٌ، فِي

DR KERZAÏ 14,00 2021 SEMAÎ KERZAÏ

- Amoxicilline 79,00  
300 mg/1

- Panadol 15,00  
200 mg/1

- Fusidate 2% 20,00  
2% 100 ml

- Domperidone 19,00  
10 mg/1

- Rhinocaine 25,00 200 mg/1

LOT 202002  
EXP 12 2025  
PPV 19/09/2020

22,30

PHARMACIEN CLINIQUE  
INPE: 002037185  
32, Bd. Mohammed V - Bellahdar  
Tél.: 0536 70 47 98 - OUJDA

Dr KERZAÏ Mohammed  
CHIRURGIEN  
39, Bd. Mohammed V - OUJDA

1387

NOT 20000019  
EXP 12 2023  
PPV 19/00 19/00

22,70

~~PHARMACIE LA CLINIQUE  
INPE: 032037185  
32, Bd. Mouloud Bellakhdar  
Tél.: 0536 047 98 - OUJDA~~

Dr KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN  
39, Bd. Mohammed V



# Apixol®

Comprimés à sucer



Comprimé  
à sucer

## • Calme l'irritation •

### COMPOSITION :

Extrait sec de Propolis. Extrait sec de fleurs de Sylphite (Eucalyptus globulus, maltodextrine). Huile sec de feuilles de Sauge (Salvia officinalis, malicordata, maltodextrine) gamma-cyclodextrine arabique). Extrait sec de gel d'Aloès (Aloe Barbadensis (Malpighia glabra, maltodextrine) titré à 25% citron. Stéarate de magnésium E470B. Dioxyde d'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°DA20181907555DMP/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

**DOLIPPI**  
La subst  
(1111,11  
Les autr  
mais pr

Ce médicament, telles que les douleurs de l'arthrose

PPV: 14DH00

PER:03/24

LOT: K892

## me de paracétamol DC 90



## IMPRI É ET DANS QUEL

en cas de douleur et/ou fièvre dentaires, courbatures, règles

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 :

**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 :**

**Précautions Particulares :**  
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 :

**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.

