

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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
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- 0033771

ND: 87891

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : Retrite RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI ABDELKADER

Date de naissance : 1959

Adresse : Tranche 18 Faim 23 N° 14 Secteur II

ATTACHAROUK. CASO.

Tél : 0666 18 14 74 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) :

MUPRAS
12 OCT. 2021
ACCUEIL

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/5/21	6040

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

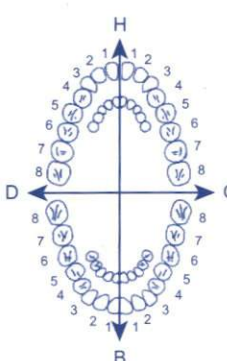
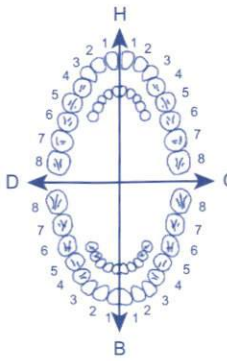
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(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

صيدلية سحنون

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

N° 000054

Casablanca le, : 21/9/21 Mr. : SEBBOUFI Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Aspro	12,00	
01	Dol. Cr n p	20,00	
01	Topem	28,40	
			60,40
celle facture s'ajoute a la somme			
de 60,40 dh			
Total			
60,40 dh			

أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة

علب من 4 و من 20

حمض الأسيتيل ساليسيليك*

المرجو قراءة هذه النشرة قراءة متأنية قبل أخذ هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك للعلاج.
• يمكن استعمال هذا الدواء في التطبيب الذاتي، أي استعماله بدون استشارة أو وصفة طبيب.
• أخير طبيبك أو الصيدلي إذا استمرت أو تفاقم الأعراض، أو إذا ظهرت أعراض جديدة.
• تهدف هذه النشرة إلى مساعدتك في استعمال هذا الدواء بشكل جيد. احتفظ بها لأنك قد تحتاج إلى إعادة قراءتها.
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول الأطفال.

على ماذا تحتوي هذه النشرة ؟

1. ما هو أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة وماهي الحالات التي يستعمل فيها ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل البدء باستعمال أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة ؟
3. كيف يتم استعمال أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة ؟
4. ماهي التأثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة ؟
5. كيف يحفظ أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة ؟
6. معلومات إضافية

1. ما هو أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة وماهي الحالات التي يستعمل فيها ؟
الصف الصيدلاني
هذا الدواء مخفف (يهدي الألم) و يمنع للحمى (يقلل من الحمى).
دواعي الإستعمال العلاجية
يحتوي هذا الدواء على الأسبرين.
يوصف هذا الدواء في حالة الألم وأو الحمى مثل الصداع، الإنفلونزا، آلام الأسنان، آلام العضلات.
يخص هذا التقديم البالغين فقط والأطفال فوق 30 كلغ (حوالي 9 إلى 15 سنة). إقرأ جينا الفقرة 3 "الجرعة".

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل البدء باستعمال أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة ؟
قائمة المعلومات اللازمة قبل تناول الدواء
استشر طبيبك قبل تناول هذا الدواء إذا أخبرك بعلم تحملك لبعض السكريات.

لا يجب عليك أو على طفلك تناول أنوية أخرى تحتوي على الأسبرين وأو أنوية

PPJ: 17 00 OH
CB01460
EXP: 04/2023

حالة من حيث يصعب من تقييم بجزء أصلية جراحية، حتى لو كانت خفيفة.

- يحتوي هذا الدواء على الصوديوم. يحتوي هذا الدواء على 250 ملغ من الصوديوم لكل قرص. يؤخذ هذا بعين الاعتبار عند المرضى الذين يراقبون حميتهم من الصوديوم.
- يحتوي هذا الدواء على السكر. لا ينصح باستعماله عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل السكر (مرض وراثي نادر).
- لا تتردد في استشارة طبيبك أو الصيدلي في حالة الشك.

التفاعلات مع الأنوية الأخرى

تناول أو استعمال أنوية أخرى

- عندما يتم استعمال الأسبرين بجرعات عالية كدواء مضاد للتخثرات (ك 1 غ لكل جرعة وأو ك 3 غ في اليوم)، لا سيما في علاج الأمراض الروماتيزمية، أو في علاج الحمى أو الآلام (ك 500 ملغ لكل جرعة وأو 3 غ في اليوم)، لا يجب الجمع بين هذا الدواء وبين :
- الميتوتريكسيت المستعملة في جرعات أكثر من 20 ملغ/الأسبوع،
- مضادات التخثر القوية و في حالة المعالجة سابقاً من القرحة الهضمية،
- يجب تجنب الجمع بين هذا الدواء وبين :
- مضادات التخثر القوية، عندما تستعمل الأسبرين بجرعات عالية في علاج الحمى أو الآلام (ك 500 ملغ لكل جرعة وأو 3 غ في اليوم) و في غياب القرحة الهضمية في السابق،
- مضادات التخثر القوية، عندما تستعمل الأسبرين بجرعات منخفضة كمضاد لتخثر الصفائح الدموية (50 إلى 375 مغ في اليوم) و في حالة وجود القرحة الهضمية في السابق،

الجرعة هي قرص فوار واحد لكل مرة، يتم التجديد إذا لزم الأمر بعد 6 ساعات، دون تجاوز 4 أقراص فوارة في اليوم.

ز نون من 41 إلى 50 كلغ (12 إلى 15 سنة تقريباً)، فإن واحد لكل مرة، يتم التجديد إذا لزم الأمر بعد 4 ساعات، دون أي اليوم.
في حالة الشك.

الكامل للقرص الفوار في كوب كبير من الماء.

الحمى: الاستعمال المنتظم يمكن من تجنب ارتجاجات الأم أو

أكون الاستعمالات متباعدة بـ 4 ساعات على الأقل.

عند الأطفال الذين يزيد وزهم عن 30 كلغ (حوالي 9 سنوات)، يجب أن تكون الاستعمالات متباعدة بشكل منتظم، بما في ذلك في الليل، من الأفضل بـ 6 ساعات و على الأقل بـ 4 ساعات (اتباع الجرعة الموصى بها).

مدة العلاج محدودة :
• 5 أيام في حالة الآلام،
• 3 أيام في حالة الحمى.

إذا استمرت الآلام لأكثر من 5 أيام أو الحمى لأكثر من 3 أيام أو إذا تفاقمت، لا تستمر في العلاج و استشر طبيبك (انظر فقرة "احتياطات الاستعمال").

الأعراض والتعليقات في حالة تناول جرعة زائدة
إذا استعملت أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة أكثر مما يجب عليك :
قد يحدث خلال فترة العلاج طنين بالأذن، شعور بخضخ السمع، صداع، نوار. يوحى هذا عادة بجرعة زائدة من الأسبرين.

يجب عليك إيقاف العلاج و إخبار طبيبك.
استشر طبيباً على الفور في حالة تسمم عرضي (أكثر خاصة عند الأطفال الصغار).
التعليقات في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر

إذا نسيت استعمال أسبرو® 500 فوار، أقراص فوارة :
لا تقم بتناول (أو لا تعطي لطفلك) جرعة مضاعفة لتعويض الجرعة التي نسيت تناولها (أو نسيت إعطائها لطفلك).

خطر متلازمة الفطام
دون شيء.

3. ما هي التأثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة ؟

فمياً، صف التآثرات الغير مرغوب

23
13



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Si vous avez toute autre question, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit en raison de symptômes identiques, cela prouve son efficacité.
- Si l'un des effets indésirables apparaît, parlez-en à votre médecin.

Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative
- Paracétamol
- Acide Ascorbique (Vitamine C)
- Maléate de Phéniramine

- Composition qualitative et quantitative
- Mannitol, acide citrique anhydre
- Composition de l'arôme : Substances
- E414, Acide Ascorbique E300

- Excipients à effet notoire :
- Aspartame, Rouge Cochenille

Classe pharmacothérapeutique

- DoliGrippe, granulés pour solution buvable
- MEDICAMENTS DU RHUME EN
- DoliGrippe, granulés pour solution buvable

- Une action antihistaminique qui agit sur les phénomènes spasmodiques
- Une action antalgique antipyrétique
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

Indications thérapeutiques

- Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :
- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

- Reserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.
- 1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'administration :

- Voie orale.
- Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.
- Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

Durée du traitement :

- La durée maximale du traitement est de 5 jours.
- Fréquence d'administration :

Contre-indications

- Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :
- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Précautions d'emploi

- Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Effets indésirables

- Effets indésirables

PPV 20DH00
PER:10/23
LOT: J2806

LOPERIUM®

Lopéramide

PPV: 23DH40

PER: 07/23

LOT: J2049

PRESENTATION

LOPERIUM : gélule blanche ; boîte de 20

COMPOSITION

	Par gélule	
Lopéramide (DCI) Chlorhydrate	2 mg	40 mg



INDICATIONS

C'est un antidiarrhéique qui agit en ralentissant le transit intestinal et en réduisant les sécrétions intestinales.

Il est utilisé dans le traitement symptomatique des diarrhées.

CONTRE-INDICATIONS

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

- crise aiguë de rectocolite hémorragique,
- enfant de moins de 8 ans.

ATTENTION

Des précautions sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique.

Ce médicament n'est pas adapté au traitement des diarrhées dues à certains antibiotiques.

Une diarrhée qui s'accompagne de torpeur, de soif, de fièvre ou de sang dans les selles nécessite rapidement un avis médical. Le traitement doit être arrêté dès que les selles recommencent à être formées. L'usage trop prolongé du médicament expose à un risque de constipation important.

Si vous devez conduire, ou utiliser une machine dangereuse, assurez-vous préalablement que ce médicament n'altère pas votre vigilance.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les études actuellement disponibles n'ont pas mis en évidence de problème particulier lors de l'utilisation ponctuelle de ce médicament chez la femme enceinte.

