

## 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                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-690626

PY  
Coupon

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 9278                            | Société : 112825                      |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre   |                                 |
| Nom & Prénom : BENAOUI MOUNA                |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 13/01/69                |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : Habitatelle                       |                                       |                                  |                                 |
| Tél. :                                      | Total des frais engagés : _____ Dhs   |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |   |   |       |
|---|---|---|-------|
| Cadre réservé au Médecin  |   |   |       |
| Cachet du médecin :    |   |   |       |
| Date de consultation :  | 1 | Age :   | _____ |
| Nom et prénom du malade :   |   | Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : VILLE

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 19/04/22

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| VOLET ADHERENT   |                                      |
| Déclaration de maladie   | N° W21-690626                        |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |                                      |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |                                      |
| Matricule : 9278   | Nom de l'adhérent(e) : BENAOUI MOUNA |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | INP : ..... / .....  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                            | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Dr. J.A. Bégin<br>Avenue Mohamed V<br>Tunisie<br>Fax : 0537011020 | 10/11/22 | A.81.fo<br>SIT        |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

## **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 radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a cyclohexane ring with various substituents. Substituents A, C, E, G, I, K, and M are located at the top positions (1, 3, 5, 7, 9, 11, and 13 respectively), while B, D, F, H, J, L, and N are at the bottom positions (2, 4, 6, 8, 10, 12, and 14 respectively). The labels are placed outside the ring, with some rotated to fit.

#### [Création, remont, adjonction]

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-108000**

Date : 19/04/2022

Maroc

| <b>Produit</b>                  |  | <b>Qté.</b> | <b>P.U</b> | <b>Total</b> |
|---------------------------------|--|-------------|------------|--------------|
| DERMOVAL CR 0.05% 10G CREME     |  | 1           | 17,40      | 17,40        |
| TITANOREINE CR 20G CREME        |  | 1           | 16,00      | 16,00        |
| VITA C CO 1000 B10 COMP EFER PM |  | 1           | 15,30      | 15,30        |

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Total Organisme | 0 DHS            |
| Total Client    | 48,70 DHS        |
| <b>Total</b>    | <b>48,70 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-huit DHS et  
soixante-dix centimes**

**PHARMACIE DES JARDINS**  
Dr. JABOR SARR  
Avenue Mohammed V, km 1  
CGI - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

**TITANOREINE®**  
A LA LIDOCAINE 2%, Crème en tube de 20  
Carraghénates/Lidocaïne/ Oxyde de zinc/Dioxyde

LOT : 211018  
PER : 07-2024  
PPV : 16,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une personne souffrant de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

- Si un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Composition du médicament:**

**Principes actifs :**

Carraghenates .....

Dioxyde de titane .....

Oxyde de zinc .....

Lidocaïne .....

Excipients .....

**Excipients :** Palmitostéarate de macrogol, glycérides polyglycolysés saturés, microcristalline propylène glycol, parahydroxybenzoate de méthyle (E 219), parahydroxybenzoate de propyle (E 217), sorbate de potassium, eau purifiée.

**Excipients à effet notable :** parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle propylène glycol.

**Classe pharmaco-thérapeutique :**

TOPIQUE EN PROCTOLOGIE

(C : Système cardio-vasculaire)

**Indications thérapeutiques:**

Traitements locaux des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

**Posologie :**

1 à plusieurs applications par jour.

**Mode et/ou voie(s) d'administration**

Voie rectale.

**Durée du traitement**

La durée du traitement ne doit pas excéder 7 jours.

**Contre-indications :**

N'utilisez jamais TITANOREINE A LA LIDOCAINE 2 POUR CENT, crème en cas d'antécédent d'allergie à la lidocaïne ou à l'un des autres composants de ce médicament (voir composition).

**Effets indésirables :**

**Description des effets indésirables :**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Les effets suivants peuvent survenir :

- Réactions au niveau du site d'application, telles que :

brûlures, rougeurs, irritations, douleurs, démangeaisons, éruptions

- Réactions d'hypersensibilité

**TITANOREÏNE®**  
Carraghenates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CREME

Crème en tube de 20 g

756.159.10.15

# Vita C 1000®

(Acide ascorbique)

## DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000® Comprimés effervescents : Boîte de 10

VITA C 1000® Comprimés effervescents : Boîte de 20 (2 tubes de 10)

VITA C 1000® SANS SUCRE, Comprimés effervescents : Boîte de 10

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien, ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

• VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents

• Si votre fatigue s'accroît ou persiste, s'accompagne de manifestations indiquées de votre pharmacien

• En raison d'un effet légèrement stimulant la vitamine C en fin de journée.

• Prendre en compte les apports en vitamine C en fonction des besoins (risque de surdosage).

• La vitamine C augmente l'absorption d'hémochromatose (maladie héritée de fer), adressez-vous à votre médecin ou à l'objet de précautions strictes.

• La vitamine C doit être utilisée avec glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) rouges), car des doses élevées en vitamine C favorisent le risque d'apparition d'une anémie globulaire rouge.

• La vitamine C peut fausser les résultats de certaines analyses biologiques, notamment de tests de contrôle du glucose sanguin et urinaire, avertissez votre médecin si ces tests sont prévus.

## • VITA C 1000® comprimés effervescents

• Ce médicament contient 307 mg de sodium par comprimé effervescents. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

• En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne peut être administré chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héritaires rares).

• Ce médicament contient 441,5 mg de saccharose par comprimé effervescents dont il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

• Ce médicament contient un agent colorant azoïque (Jaune orangé 5 E110) et peut provoquer des réactions allergiques.

## • VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents

• Ce médicament contient 377,3 mg de sodium par comprimé effervescents. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

• Ce médicament contient 2,24 mg d'aspartam par comprimé effervescents. L'aspartam contient une source de phénylalanine. Peut être dangereux pour les personnes atteintes de phénylktonurie (PCU), une maladie génétique rare caractérisée par l'accumulation de phénylalanine ne pouvant être éliminée correctement.

• Ce médicament contient un agent colorant azoïque (Jaune orangé 5 E110) et peut provoquer des réactions allergiques.

## - Enfants « et adolescents »

Sans objet.

## - Prises d'autres médicaments (Interactions avec d'autres médicaments)

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourrez prendre tout autre médicament. Ce médicament contient de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées.

## - Aliments et boissons (Interactions avec les aliments et les boissons)

Prendre en compte les apports en vitamines et minéraux, issus des aliments enrichis et des compléments alimentaires.

## - Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement - Fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

## Grossesse

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de la vitamine C pendant la grossesse.

## Allaitement

La vitamine C passe dans le lait maternel. Il n'existe pas de données suffisantes sur les effets de la vitamine C chez les nouveau-nés/nourrissons. Par conséquent, il est préférable d'éviter l'utilisation de la vitamine C, pendant l'allaitement.

Vita C 1000®

rrv 150H30

EXP 09/2024

LOT 1903522

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# DERMOVAL 0,05 %, crème

## Propionate de clobétasol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de l'utiliser à nouveau.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Si les signes de leur maladie sont identiques, il ne faut pas l'utiliser.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, même si ce n'est pas une réaction allergique.

Tube de 10 g

Dermoval  
0,05 % CRÈME

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
ID: 94881  
6 118000 161295

### Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que DERMOTAL 0,05 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ce médicament ?
- Comment utiliser DERMOTAL 0,05 %, crème ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver DERMOTAL 0,05 %, crème ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE DERMOTAL 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée.

Il est indiqué généralement dans certaines maladies de la peau peu étendues (surface limitée) :

- En plaques et ne répondant pas à d'autres traitements :
  - psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes),
  - lupus érythémateux discoïde (plaques associant rougeur, vaisseaux superficiels visibles et squames épaisses)
  - lichen (plaques rouges ou violacées provoquant des démangeaisons).
- Cicatrices hypertrophiques (en relief)
- Lésions non infectées, peu étendues ne répondant pas à un corticoïde d'activité moins forte et limitées en surface.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DERMOTAL 0,05 %, crème ?

N'utilisez jamais DERMOTAL 0,05 %, crème :

- si vous êtes allergique à la substance active, le propionate de clobétasol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- en cas de lésions ulcérées,
- en cas d'acné.