

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le suivi radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie chronique 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0040129

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDELILAH

Date de naissance : 17-07-1953

Adresse : DONAT KADICHA n°10 TARGA MARRAKECH

Tél. : 0671 363448 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MALIKI Leila
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Imm Nakhil 1, Appt B1
Av Yacoub EL Mansour-Gueliz-Marrakech

Date de consultation : 18/5/2022 GHITA

Nom et prénom du malade : EL BOUSSERGHINI Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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) :

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE HAMZA EL MOUATASSIM BILLAL Soufiat Mosquée El Mouminine Targa Marrakech Tél : 05 24 39 71 37 | 18/05/2022 | 147.00 |

[illegible]

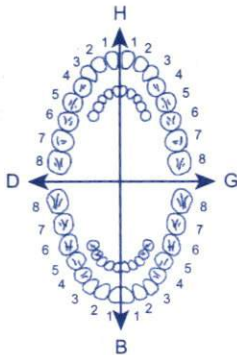
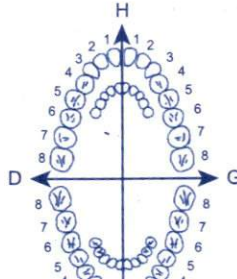
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

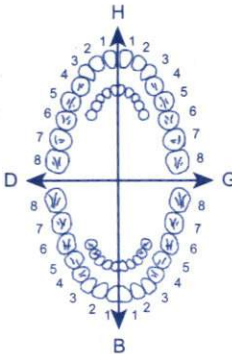
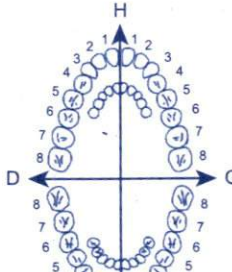
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|-------------|---|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> G 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table> | | | | H 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | B | |
| | H 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| 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 | | | |
|  | | <div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div></div><div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div><div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div><div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div></div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Docteur MALIKI Leila

Spécialiste des Maladies du Poumon

Asthme - Tuberculose - Allergie

Ex-Médecin

du CHU - Med VI



الدكتورة مليكي ليلى

اختصاصية في أمراض الصدر

الربو (الضيقة) - داء السل - الحساسية

طبيبة سابقا بالمركز

الاستشفائي الجامعي محمد VI

Marrakech, le : 18/05/2022 مراكش في

MME EL BOUSSERGHINI GHITA

- Broncoliber 120 mg - gélule à libération prolongée
1 Gélule, pendant 1 semaine
- Doliprane 1g - comprimé sécable
1 Comprimé, après les repas pendant 3 jours
- Sargenor 1 g - comprimé effervescent
1 Comprimé le matin



MALIKI Leila
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Imm. Nakhil 1, Appt. B1
Quartier EL Mansour-Gueliz-Marrakech

PHARMACIE HAMZA
Dr. EL BOUSSERGHINI GHITA
Marrakech - Méd. El Mansour-Gueliz
Tél : 05 24 39 71 37

Doliprane® 1000mg

PARACETAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin 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, est autorisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

LOT: L256
PER: 01/25
PFV: 14DH00

Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



écans pour le foetus. Toutefois, les précautions habituelles concernant l'utilisation de médicaments pendant la grossesse doivent être observées, surtout en tenant compte du fait que l'utilisation de Broncoliber n'est pas recommandée au cours du premier trimestre.

Allaitement :
Le chlorhydrate d'ambroxol est excrété dans le lait maternel. Même si la manifestation des effets indésirables chez les enfants n'est pas probable, l'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée si vous allaitez.

0. Les effets possibles du traitement sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser certaines machines :

Puisqu'aucune étude n'a été menée, il n'y a pas de données empiriques démontrant que Broncoliber pourrait interférer avec l'aptitude à conduire et à utiliser des machines.

1. Symptômes et conduite en cas de surdosage :

Aucun rapport de symptômes spécifiques de surdosage chez l'homme n'a été fait jusqu'à à ce jour. Selon les rapports de surdosage accidentel et/ou erreur de médication, il n'y a pas de symptômes observés sort en accord avec les effets indésirables décrits aux doses recommandées, ce qui peut obliger à un traitement symptomatique.

2. Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses :

Ne prenez pas de dose double pour compenser une dose que vous avez oubliée. Essayez de prendre la prochaine gélule à l'heure prévue. Ne prenez pas de dose double et n'ajoutez pas de dose supplémentaire. Si vous avez des doutes sur la prise de votre médicament, consultez votre pharmacien.

3. Risque de syndrome de sevrage :

Il n'y a pas de risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt du médicament.

4. Conservation :
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité, à l'abri de la lumière et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc :
TLAS PHARM

Quartier Industriel,
Route principale 7, Rue C,
Générachid - Maroc.

Nom et adresse du fabricant :
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda,
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12,400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est le : 10/9/2015



LOT
215855
EXP
04/2024
PPV:75DH00

VOTRE PHARMACIEN.

c. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Ce médicament contient de l'aspartate d'arginine.
D'autres médicaments contiennent ces acides aminés.
Il est préférable de ne pas les associer afin de ne pas dépasser les doses maximales.
Il est préférable de ne pas les associer afin de ne pas dépasser les doses maximales.
AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

d. GROSSESSE - ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

e. LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS : Saccharine sodique, jaune orangé S, arôme orange.

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

a. POSOLOGIE

Adultes : 2 à 3 comprimés par jour en cure de 8 à 15 jours.
Enfants de plus de 12 ans : 1 à 2 comprimés par jour, en cure de 8 à 15 jours.
Ne pas dépasser la dose maximale de 3 comprimés par jour.

b. MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.
Avant de prendre ce médicament, faire dissoudre les comprimés effervescents dans un verre d'eau.
c. FRÉQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ
Les comprimés peuvent être indifféremment répartis dans la journée ou absorbés en une seule prise.
Ce médicament peut être pris le soir au coucher.

d. DURÉE DE TRAITEMENT

La durée du traitement est limitée à 15 jours.

e. CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

En cas de surdosage accidentel, arrêter le traitement et consulter rapidement votre médecin.
5. EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS
COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT ENTRAÎNER, CHEZ CERTAINES PERSONNES, DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS. SIGNALEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.

ETATS DE FATIGUE



Sargenor[®]

Sargenor[®] 10 20 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 580400

EXP 11/2024
LOT 00059 4

Docteur MALIKI Leila

Spécialiste des Maladies du Poumon

Asthme - Tuberculose - Allergie

Ex-Médecin

du CHU - Med VI



الدكتورة مليكي ليلي

اختصاصية في أمراض الصدر

الربو (الضيقة) - داء السل - الحساسية

طبيبة سابقا بالمركز

الاستشفائي الجامعي محمد VI

Marrakech, le : 18/05/2022 .. مراکش في

MME EL BOUSSERGHINI GHITA

Radiographie du thorax : Face

Syndrome bronchique des bases

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

Dr. MALIKI Leila
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Imm. Nakhil 1, Appt. 81
Av. Yacoub El Mansour - Guéliz - Marrakech