

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 |

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.

Matricule : ..... 7427 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : BENCHOUKOUN Zineb

Date de naissance : 14/02/63

Adresse : .....

Tél. : 05 22 22 78 10 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin

Date de consultation : 06 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : BENCHOUKOUN ZINEB Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causés 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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/06/2022

## **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                                      |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 07<br>06<br>2022 | (C)               |                       | 2000 D                          | H<br>MI EIKHAZRA<br>idecide Genie al-<br>DU ophthalmologe<br>expert esse-n-identi-<br>des tribunaux |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SAHEL<br>me LARAKI Ghita        | 27.06.22 | 153,60                |

14 Bd Abdelhadi Boutaleb Route d'Azemmour  
La Fourrière Hay Hassani - Casablanca  
25 22 65 81 23

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

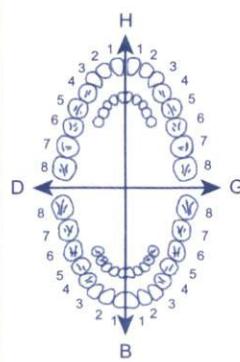
### **Important :**

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salmi El Khazraji Jalal

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE

Médecin expert assermenté  
auprès des tribunaux



الدكتور السالمي الخزرجي جلال

الطب العام  
الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى محاكم الدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le :

27 / 05 / 2024

الدار البيضاء، في :

Résumé :  
Dr. SALMI EL KHAZRAJI JALAL  
Médecin Général  
Echographie. DU ophtalmologie médicale  
Médecin expert assermenté  
auprès des tribunaux

Montant : 29.40 Dhs

Quantité : 1 A2

Montant : 15.30 Dhs

Quantité : 1 C6

Montant : 11.60 Dhs

Quantité : 1 C6

Montant : 22.40 Dhs

Quantité : 1 C6

T = 53.60 Dhs

موريتانيا الساحل  
PHARMACIE SAHEL  
Mme LARAKI Ghita  
B. Abdellahi Boutaleb Route d'Azemou  
Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 90 38 38 - Fax: 05 22 90 38 38  
A.S.

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 01/2025  
LOT 1006144

الدكتور السالمي الخزرجي جلال  
Dr. SALMI EL KHAZRAJI JALAL  
Médecine Générale  
Echographie. DU ophtalmologie médicale  
Médecin expert assermenté  
auprès des tribunaux

PPV 19/07/00  
PER 01/25  
LOT L108

79,70



C N :  
Conseil de 3

#### **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

#### **CONTRE-INDICATIONS :**

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

#### **MISE EN GARDE :**

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

#### **PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

#### **EFFETS INDESIRABLES :**

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

#### **POSOLOGIE :**

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

#### **MODE D'ADMINISTRATION :**

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

#### **TABLEAU A (LISTE I).**



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV14DH60  
PER 02/25  
LOT L516

M160

La s  
son  
K90 b.  
Teneur en



# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable  
PARACÉTAMOL

car elle contient des informations importantes pour vous. Cela vous aide et vous permet donc de soigner des maladies bénignes que vous deviez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent pour obtenir leur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien ou persistant après 5 jours, consultez un médecin.

mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont l'acide citrique, l'acétone, l'acétate de sodium anhydre, leucine, crème orange.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs 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.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### 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 régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- 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.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

