

## 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

- 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.

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-766937

134268

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2907 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : BERNARDERRAZIK RAHID  
 Date de naissance : 30.09.44  
 Adresse : 300 PRESTIGIA IMM 10A N°05  
 Tél : 0676096802 Boukoura 4300 Dhs  
 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

Age :

☐ 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) :

22/09/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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

INP :

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/09/21

43,00 -

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

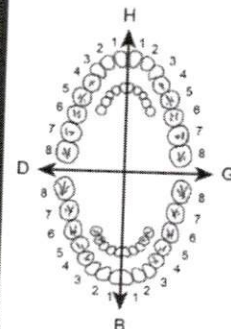
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

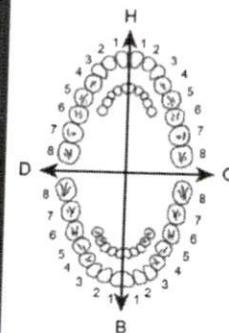
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE du 2 MARS

Mme EL ALAOUI AICHA  
575, AVENUE 2 MARS  
ANDALOUSSE 1  
CASABLANCA  
Tél. : 022 28 57 84

# صيدلية 2 مارس

العلوي عائشة  
575 محج 2 مارس  
أنجلس 1  
الدار البيضاء  
الهاتف : 022 28 57 84

FACTURE N°

Casablanca, le

22.09.2022

BENABDERRAZIK RACHID

DOIT

Quantité	Designation	Prix Unitaire	Total
1	Sophtal 100mg	18,50	18,50
1	Rhinoferon gelule	14,30	14,30
1	Dolostop 500 cp	10,20	10,20
			43,00
			10,20

PHARMACIE du 2 MARS  
Mme EL ALAOUI Aicha  
575 - Av. du 2 Mars Andalous  
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca  
INPE: 092000421



# RHINOFEBRAL®

Gélule, boîte de 20

Paracétamol / Acide ascorbique / Maléate de Chlorphénamine

**RHINOFEBRAL®**  
20 GÉLULES

Paracétamol / Maléate de  
chlorphénamine  
Acide ascorbique / gélule



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 quelqu'un d'autre, même s'il présente les mêmes symptômes que les vôtres, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Composition du médicament :

### Principes actifs :

Paracétamol

Maléate de chlorphénamine

Acide ascorbique

Excipients

Excipients : Silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

### Classe pharmacothérapeutique :

ANTALGIQUE ANTIPYRETIQUE.

ANTIHISTAMINIQUE INHIBITEUR DES RECEPTEURS H1

### Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient du paracétamol, un antihistaminique, la chlorphénamine et de la vitamine C.

Il est indiqué pour le traitement symptomatique de l'écoulement nasal lors d'un rhume avec maux de tête et/ou fièvre chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans.

### Posologie

**RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 12 ANS.**

La posologie usuelle est de :

1 gélule par prise, à renouveler en cas de besoin, au bout de 4 heures, sans dépasser 5 gélules par jour.

### Mode et voie d'administration

#### VOIE ORALE

Les gélules sont à avaler telles quelles avec une boisson (par exemple : eau, lait, jus de fruit).

#### Durée du traitement

La durée habituelle du traitement est de 5 jours.

Si la fièvre ne diminue pas au bout de 3 jours ou si les signes cliniques s'aggravent, ne continuez pas votre traitement sans l'avis de votre médecin.

Devant les signes cliniques généraux d'infection, une antibiothérapie par voie générale doit être envisagée.

#### Fréquence d'administration

Les prises de ce médicament doivent être espacées de 4 heures au minimum.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum.

Compte tenu de l'effet sédatif de ce médicament, il est préférable de commencer le traitement le soir.

#### Contre-indications :

**Ne prenez jamais RHINOFEBRAL, gélule dans les cas suivants :**

- Allergie connue au paracétamol ou aux antihistaminiques,
- Maladie grave du foie,
- Difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre,
- Glaucome.

Ce médicament ne doit GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ pendant l'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

#### Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, RHINOFEBRAL, gélule est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Certains effets indésirables nécessitent **D'ARRÊTER IMMÉDIATEMENT LE TRAITEMENT ET D'AVERTIR UN MÉDECIN.**

Dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption ou une rougeur cutanée ou une réaction allergique pouvant se manifester par un brusque gonflement du visage et de cou ou par un malaise brutal avec chute de la pression artérielle. Il faut immédiatement arrêter le traitement, avertir votre médecin et ne plus jamais reprendre de médicaments contenant du paracétamol.

Exceptionnellement des modifications biologiques nécessitant un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées : taux anormalement bas de certains globules blancs ou de certaines cellules du sang comme les plaquettes pouvant se traduire par des saignements de nez ou de gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

D'autres effets indésirables peuvent survenir :

- Somnolence, baisse de vigilance plus marquées en début de traitement,
- Baisse de la mémoire ou de la concentration, vertiges (plus fréquents chez le sujet âgé),
- Incoordination motrice,
- Sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation, rétention d'urine, constipation, palpitations, baisse de pression

LOT : 210092  
UT AV : 01/2024  
PPV : 14.30DH

LOT : 210092  
UT AV : 01/2024  
PPV : 14.30DH

**SOPHTAL® 0,1 POUR CENT, collyre**  
**Acide salicylique**  
Flacon de 10 ml

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

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

• Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

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

• Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

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

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?

3. COMMENT UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

**Classe pharmacothérapeutique :** ANTISEPTIQUE LOCAL / ASTRINGENT LÉGER  
(S = organe sensoriel)

**Indications thérapeutiques**

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires). Il est préconisé dans le traitement des irritations oculaires chroniques non infectées.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?

N'utilisez jamais SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre dans le cas suivant :

• si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide salicylique ou à l'un des autres composants contenus dans SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN**

Faites attention avec SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre :

**Mises en garde spéciales**

Ne pas injecter, ne pas avaler.

**Précautions d'emploi**

En cas de traitement concomitant par un deuxième collyre, attendre 15 minutes avant son instillation.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Prise ou utilisation d'autres médicaments :**

**AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**

**Grossesse et allaitement**

Ce médicament doit être utilisé avec prudence pendant la grossesse et l'allaitement.

D'une façon générale, il convient de demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines :**

Comme tout collyre, l'instillation de SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre peut provoquer des troubles visuels transitoires. Ne conduisez pas de véhicules et

n'utilisez pas de machines si votre vision est devenue floue ou si elle a disparu.

**3. COMMENT UTILISER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?**

**Posologie**

Instillez une goutte de collyre 2 fois par jour, chaque œil malade.

**Mode et voie d'administration**

Voie locale

**EN INSTILLATION OCULAIRE**

Se laver soigneusement les mains avant d'utiliser le collyre.

Eviter de toucher l'œil ou les paupières avec le flacon.

Instiller une goutte dans l'œil en tirant légèrement la paupière inférieure, fermer l'œil quelques secondes.

L'œil fermé, essuyer proprement le flacon.

Refermer le flacon après utilisation.

**Fréquence et moment auquel le collyre doit être administré**

En cas de traitement concomitant par un deuxième collyre, attendre 15 minutes avant son instillation.

**Si vous avez utilisé plus de SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre que vous n'auriez dû :**

Une utilisation excessive ou prolongée pourra aggraver les effets indésirables. Dans ce cas, rincez abondamment l'œil avec de l'eau tiède ou du sérum physiologique.

Si une gêne persiste, informez-en votre médecin ou votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Des réactions d'irritation locale et d'hypersensibilité peuvent survenir.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**5. COMMENT CONSERVER SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ne pas utiliser SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre après la date de péremption mentionnée sur le conditionnement extérieur.

Ce médicament ne doit pas être conservé plus de 15 jours après ouverture du flacon.

Notez la date de première utilisation en clair sur l'emballage.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

**6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES**

**Que contient SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre ?**

**La substance active est :** acide salicylique : 0,100 g pour 100 ml de collyre.

**Les autres composants sont :** gluconate de chlorhexidine, chlorure de sodium, acide borique, borax, eau distillée de rose, eau purifiée.

**Qu'est-ce que SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre et contenu de l'emballage extérieur ?**

Ce médicament se présente sous forme de collyre - flacon compte-gouttes de 10 ml.

**Titulaire de l'AMM/ Fabricant :**

Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura  
Maroc.

**Conditions de prescription et de délivrance :**

Médicament non soumis à prescription médicale.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est : Septembre 2013.

سوطيما  
SOTHEMA

N10157F00

**SOPHTAL® 0,1%**

Collyre, flacon de 10 ml  
AMM N° 9275 DMP/21



6 118000 020271

LOT 211397

EXP 05 2023

PPV 18 50