

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.

N° W21-766937

134168

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2907		Société : BENABDELLAH FATHI	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : 30.09.44			
Date de naissance : 30.09.44			
Adresse : 3cc PRESTIGIA 1MM 10A N°05			
Tél. : 0676096802		Total des frais engagés : Bouskoura 43,00	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

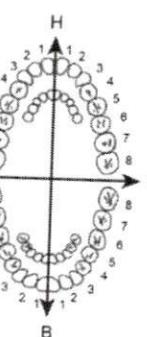
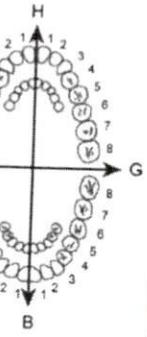
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant 1 Oct. 2022
Nature de la maladie : / /	
En cas d'accident préciser les causes 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 : **22/09/2022**
 Signature de l'adhérent(e) : **SAID BEN ABDELLAH**

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE DU MARS Mme. EL ALAQUI Aicha 5, Av. du 2 Mars Andalous : 05 20 57 84 Gas Abenca INPE: 092000421	22/09/22	43,00 -

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">G</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">B</td> <td>35533411</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		11433553	B		35533411
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G		11433553														
B		35533411														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
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
محل 2 مارس
أندلس 1
الدار البيضاء
الهاتف : 022 28 57 84

FACTURE N°

Casablanca, le

22.09.2022

BENABDERRAZIK PACAHID DOIT

Quantité	Designation	Prix Unitaire	Total
1	Sophtal Coflyne	18,50	18,50
1	Rhinofebral gelée	14,30	14,30
1	Dolastop 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

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 identiques, 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.

RHINOFEBRAL®

20 GÉLULES

Paracétamol Maléate de
chlorphénamine
Acide ascorbique/gélule



Composition du médicament :

Principes actifs :

Paracétamol

Maléate de chlorphénamine

Acide ascorbique

Excipients

Excipients : Silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTALGIQUE ANTIPYRÉTIQUE.

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 GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN 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'ARRETER IMMEDIATEMENT LE TRAITEMENT ET D'AVERTIR UN MEDECIN.

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

Notice : Informations de l'utilisateur

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 LEGER

(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 DOUCE, 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 DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES 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 machine si vous êtes malade.

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

Posologie

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

Mode et voie d'administration

Voie locale

EN INSTILLATION OCULAIRE

Se laver soigneusement les mains. Eviter de toucher l'œil ou les paupières avec le flacon.

Instiller une goutte dans l'œil en

et en tirant légèrement la paupière vers le bas, fermer l'œil quelques secondes.

L'œil fermé, essuyer proprement.

Refermer le flacon après utilisation.

Fréquence et moment auxquels le médicament doit être administré

En cas de traitement concomitant avec SOPHTAL 0,1 POUR CENT, collyre, il convient d'attendre l'instillation.

SOPHTAL® 0,1%

Collyre, flacon de 10 ml

AMM N° 92/5 DMP/21

6 118000 020271

LOT 211397

EXP 05 2023

PPV 18 50

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.

سوطاما
Sotema

N1015F00