

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RECHUTS

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0022248

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 329 Société : 147375

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZMI Milouda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumia ENAMPAJIN  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
13, Bd. Marrakech - BERRACHID  
Tél : 0522 33 65 99

Date de consultation : 17/01/23

Nom et prénom du malade : AZMI Milouda Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite aiguë + Céphalées

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

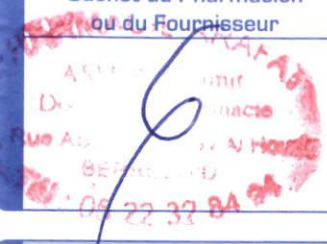




# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/01/23        | 1C                | 21                    | 150,00                          |  |
| 24/01/23        | Contrôle          | -                     | G                               |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 17/01/2023 | 440,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

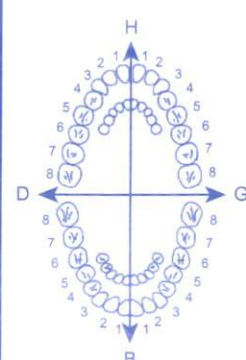
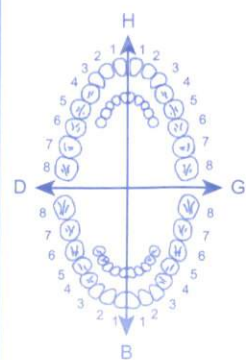
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le patient 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 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   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| D   | G   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| B   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  |             | 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

05 22 33 84 84

Dr. Soumia Ghamraoui

الدكتورة سميرة الغمراوي

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

خريجة كلية الطب  
بإتدار البيضاء

Médecine Générale  
Echographie Générale

الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le : 17/01/23 برشيد، في :

174,50 AZMI Milouda

Lot: SL1157D  
Per: 11/2025  
PPV: 170DH50

1) Deflazacort 30 GT

2 cp 1 le matin à jeun. 5j.

134,80

2) Levamox 1g cp eff (B.12)

1 - 0 - 1 ; après

32,60

3) Muxol sinop 21j < M avant.

10,60

4) Dolostop 1000 cp 21j < M 4j

92,00

5) Oxymag 375 cp 20h.

T: 440,00

17, Bd de Marrakech, Hay Kadiiri

Berrechid - Tél.: 05 22 33 65 99

Dr. Soumia GHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
17, شارع مراكش، حي الكاديري  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99  
Tél.: 05 22 33 65 99



# OXYMAG<sup>®</sup> 375mg

Magnésium marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Comprimés  
Sans sucre  
Sans sel



Lot / Batch :

Exp. date :

PPC (DH) :

22665  
10/25  
92,00

inate, Magnésium malate, Vitamine B6, Vitamine B2,  
Povidone (Liant), Sorbitol (Agent de charge), Stéarate de magnésium (Lubrifiant), silice  
colloïdale (Agent d'écoulement), Hydroxy propyl cellulose (Désintégrant).

|             | Quantité en mg / 1 comprimé | DJR* |
|-------------|-----------------------------|------|
| Magnésium   | 375                         | 100% |
| Vitamine B2 | 4,8                         | 343% |
| Vitamine B6 | 2                           | 143% |

(\*) Dose journalière recommandée

## PROPRIÉTÉS :

Le magnésium est présent dans tous les tissus et organes, il participe à la bonne marche de toutes les grandes fonctions de l'organisme sans exception, notamment : Métaboliques, musculaires, nerveuses, immunitaires...

OXYMAG 375 mg permet de compléter l'alimentation pour combler le manque magnésique dans l'organisme en fournissant 375 mg de magnésium élément (utilisable par l'organisme) ce qui correspond à 100% des apports journaliers recommandés.

## POSOLOGIE :

Voie orale.

Pour adultes : 1 comprimé par jour.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Comprimé à avaler avec un verre d'eau.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Il est conseillé de prendre ce produit dans le cadre d'un régime alimentaire sain.

## CONTRE INDICATIONS :

Hypersensibilité à l'un des composants.

Insuffisance rénale grave.

Myasthénie.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fermer le tube immédiatement après usage.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

Conserver dans un endroit frais et sec.



Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Maroc  
Pharmacien responsable : O. MOTIL

# Dolostop®

## Paracétamol

LOT : 5524  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 10 DH 60

Ve ce te notice avant d'utiliser

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 médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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

### **PRESENTATION**

DOLOSTOP 500 mg comprimé, boîte de 20.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé, boîte de 8.

DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, boîte de 16.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, boîte de 8.

### **COMPOSITION**

**Substance active :** Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg comprimé, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

### **Excipients**

DOLOSTOP 500 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé

DOLOSTOP 1000 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé

· En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

· En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, DOLOSTOP doit être utilisé avec précaution.

· Dolostop 500 mg comprimé effervescent contient 366 mg de sodium par comprimé effervescent. DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent contient 418 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS**

Signalez que vous ou votre enfant prenez Dolostop si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang.

Si vous ou votre enfant prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### **INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS, LES BOISSONS ET L'ALCOOL**

Sans objet

### **INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES**

Sans objet

### **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

### **SPORTIFS**

Sans objet

### **EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES**

Sans objet

### **LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

· DOLOSTOP 500 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg comprimé : Sans objet

· DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent et DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent : Sodium

### **POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT**

· Malnutrition chronique

· Déshydratation

Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

### **Mode et voie d'administration**

Voie orale.

### **DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés :**

Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruit).

### **DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés effervescents :**

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau; boire immédiatement après.

### **Fréquence d'administration**

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre.

Chez l'enfant, elles doivent être régulièrement espacées, y compris la nuit, de préférence de 6 heures et d'au moins 4 heures.

Chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

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

### **DUREE DU TRAITEMENT**

La durée du traitement est limitée:

· à 5 jours en cas de douleurs

· à 3 jours en cas de fièvre Si les douleurs persistent plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

### **SURDOSAGE**

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir en urgence un médecin.

### **INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES**

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

### **RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE**

Sans objet.

**PPV (DH) :**

**LOT N° :**

**UT. AV. :**

32160

**MUXOL® 0.3%**

en flacon de 125 ml et 250  
hydrate d'ambroxol

ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous  
et scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou p

relire.

ou information.

Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un eff

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 apr

6 à 10 jours.

**Q. contient cette notice:**

1. Qu'est-ce que MUXOL 0.3 %, solution buvable et dans quels cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre MUXOL 0.3 %, solution buvable?
3. Comment prendre MUXOL 0.3 %, solution buvable?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels de MUXOL 0.3 %, solution buvable?
5. Comment conserver MUXOL 0.3 %, solution buvable?
6. Informations supplémentaires.

**1. QU'EST-CE QUE MUXOL 0.3 %, solution buvable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Class.** pharmaco-thérapeutique : MUCOLYTIQUES, code ATC : R05CB06.

**Traitement** des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte et de l'enfant à partir de 2 ans, notamment au cours des affections

bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est un expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE MUXOL 0.3 %, solution buvable ?**

**Ne prenez jamais MUXOL 0.3 %, solution buvable :**

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

• Ne donnez pas Muxol à votre enfant de moins de 2 ans.

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

**Faites attention avec MUXOL 0.3 %, solution buvable :**

Des cas de réactions cutanées graves ont été signalés lors de l'administration d'ambroxol. Si une éruption apparaît sur votre peau (y compris des lésions des muqueuses, par exemple au niveau de la bouche, de la gorge, du nez, des yeux, des organes génitaux), arrêtez de prendre MUXOL, solution buvable et contactez immédiatement votre médecin.

Prévenez votre médecin avant de commencer à prendre Muxol, solution buvable si vous avez une maladie du foie ou une maladie des reins

Il est conseillé de ne pas prendre de médicament antitussif ou de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement par ce médicament.

**Prise d'autres médicaments**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

**Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :**

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

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

**MUXOL 0.3 %, solution buvable contient du sorbitol et du parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.**

Le sorbitol est une source de fructose. Si votre médecin vous a informé(e) que vous présentiez une intolérance à certains sucres ou si vous avez été diagnostiqué(e) avec une intolérance héréditaire au fructose (IHF), un trouble génétique rare caractérisé par l'incapacité à décomposer le fructose, parlez-en à votre médecin avant que vous ne preniez ou ne receviez ce médicament.

Le sorbitol peut causer une gêne gastro-intestinale et un effet laxatif léger.

Le parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle peuvent provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

**3. COMMENT PRENDRE MUXOL 0.3 %, solution buvable ?**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**Posologie**

**Chez l'adulte :**

La posologie usuelle : 1 cuillère à soupe matin et soir.

**Chez l'enfant :**

Plus de 5 ans : 2 cuillères à café deux fois par jour.

2 à 5 ans : 1 cuillère à café deux fois par jour.

**Mode d'administration**