

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

## 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.

**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

M22- 0022248

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 329 Société : 147335

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZMI Milouda

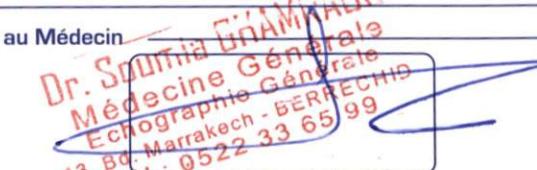
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 aigüe + 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) : .....



## 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
<del>17/01/23</del>	<del>1C</del>	<del>xx</del>	<del>150,00</del>	
<del>24/01/23</del>	<del>Control</del>	<del>-</del>	<del>G</del>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<del>17/01/2023</del>	<del>440,00</del>

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

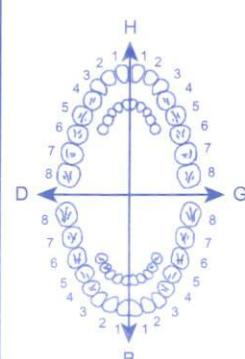
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

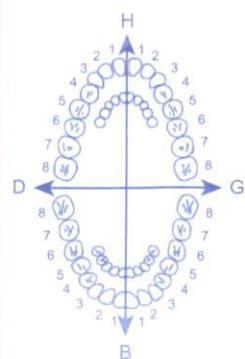
Le patient est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	D  G	B		
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	H	D	G	B	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
	H	D	G	B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553
					[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

~~17/01/2023~~

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

الدكتورة سميرة الغمراوي

خريجة كلية الطب  
بأئذن البيضاء

Médecine Générale

Echographie Générale

PHARMACIE ARAFAT

ASMOOUN Samir

Docteur en pharmacie

Rue ASSALAM Hay Al Houss

BERRECHID

Tél.: 05 22 33 65 99

BEAUREGARD

Tél.: 05 22 33 84 04

الطب العام

الفحص بالصدى

Berrechid, le : 17/01/23 برشيد، في :

119,50 AZMI Milouda

1) Deflazacort 30 GT

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

134,80 2 cp J le matin à jeun . 5g .

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

32,60 1 - 0 - 1 ; après

3) Muxol sirop 21J < M , avant .

PPV 134DH80  
LOT 10070 3  
EXP 06/2024

10,60 4) Dolostop 1000 CP 21J < M . 4J

92,00 1 cp X

5) Oxymag 375 CP 20 h .

T: 440,00

PHARMACIE ARAFAT  
Dr. Soumia Ghamraoui  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
BERRECHID  
Tél.: 05 22 33 65 99

17, Bd de Marrakech, Hay Kadiri  
Berrechid - Tél. : 05 22 33 65 99  
17، شارع مراكش، حي الكادري  
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

# **OXYMAG<sup>®</sup> 375 mg**

Magnésium marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Comprimés

Sans sucre

Sans sel



Lot / Batch\* :

22665  
10/25  
92,00

Exp. date :

PPC (DH) :

inate, Magnésium malate, Vitamine B6, Vitamine B2, Povidone (Liant), Sorbitol (Agent de charge), Stéarate de magnésium (Lubrifiant), silice colloïde (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

## PROPRIETES :

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.

## POSÉLOGIE :

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

ent  
ent

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.

## PRÉSENTATION

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 À 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.

## SURDOSSAGE

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. :

32  
160

## MUXOL® 0.3%

en flacon de 125 ml et 250  
hydrate d'ambroxol

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

reire.

ou information.

le pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous sentez moins bien apr

8 à 10 jours.

re

re