

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 001155

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2292 Société : RAM AL7279  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABULKABILA ABDALLAH  
 Date de naissance : 12/12/57  
 Adresse : 5, de colline I rizi Ngarou Cas  
 Tél. : 066 133 2550 Total des frais engagés : jml Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ABULKABILA Abdallah Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie ORL et respiratoire  
 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) :




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
24/12/22	CS		200,00	Dr. TAZI OTHMAN Ancien Médecin des Hôpitaux de l'Etat Médecine Générale - ECU Echoué le 11/01/2022 Mise à jour le 11/01/2022 Tel: 05 22 23 49 15 - 06 39 31 19 85

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	485,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

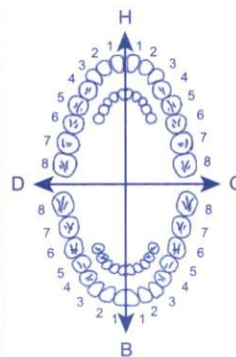
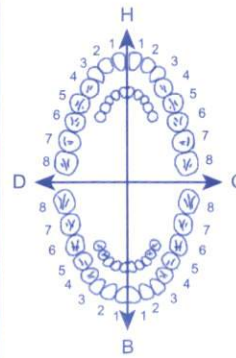
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Docteur Othman L.TAZI

Médecine Générale - Médecine du Travail

ECG - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور عثمان الحسين التازي

الطب العام - طب الشغل

التخطيط الطبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Casablanca, le 29/12/2022 في الدار البيضاء،

M<sup>r</sup> ABULKABILA Abdallah

OFIKEN 200mg

1 cp x 2 / j pdt 08 jours

AZIX 300mg cp

1/2 cp / j pdt 06 jours.

Doliprane 1g cp

1 cp chaque 8h si fièvre ou douleurs

Vita C 1000mg cp eff (N° 2)

1 cp eff x 2 / j

Zinaskin cp eff (N° 2)

1 cp eff x 2 / j pdt 20

Ephedryl sirop

1 cas x 3 / j après les

Otipax gttes auriculaires

3 gttes x 3 / j pdt 05 j dans chaque oreille

D cure 250mg amp bur (N° 2)

amp / semaine pdt 02 mois

PHARMACIE FLORIDA  
Dr. ZIAD Mounia  
otissement floride - Casa  
Sidi Maatouf - 19 59  
Tél. Fax : 0522 32 19 59

OFIKEN® 200 mg  
Céfixime  
Boîte de 16 comprimés



6 118000 022343

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K23D  
EXP: 11/2023

Dr TAZI OTHMAN LAHOUSSE  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris  
Médecine Générale  
Echographie - ECG  
Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 13 - Fax: 05 22 23 49 13 - GSM: 06 61 30 23 00

زينة ابن كاتير - إقامة البيضاء - عمارة A - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء

Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 - Casablanca

Email : drothmantazi@gmail.com - Tél.: 05 22 23 49 13 : الهاتف / Urgences : 06 61 30 23 00 : مستعجلات



**EPHEDRYL®**

Solution buvable  
Macon Co. 100 ml

P.P.V. : 17.80 OH



6 118000 190417

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 50

20 comprimés effervescents

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 50

20 comprimés effervescents

**Vita C1000®**

PPV 15DH30

EXP 01/2025

LOT 10061 46

**Vita C1000®**

PPV 15DH30

EXP 01/2025

LOT 10061 47

**OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire**

Lot. 3568  
Per.: 01 2024  
BIOCODEX MAROC PPV-20.20 DH

**Veuillez lire attentivement**

**Elle contient des informations importantes**

- Si vous avez d'autres médicaments, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, demandez-les à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire ?
3. COMMENT UTILISER OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

**1. QU'EST-CE QUE OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire, ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Solution pour instillation auriculaire – Flacon de 16 g  
ANTALGIQUE LOCAL / ANTI-INFLAMMATOIRE À USAGE OTOLOGIQUE  
(S : Organe des sens)

**Indications thérapeutiques**

Traitement local des douleurs dues à certaines otites à tympan fermé :

- otite moyenne aiguë congestive,
- otite grippale dite phlycténulaire,
- otite barotraumatique.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire ?**

**Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament**

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ en cas :

- de perforation du tympan,
- d'antécédent d'allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE  
VOTRE MÉDECIN

**Mises en garde**

Si le tympan est perforé, les effets indésirables sont aggravés.  
**PRÉCAUTION, attention :** avant d'utiliser, vérifiez l'intégrité du tympan.

**Précautions d'emploi**

La durée de traitement ne doit pas dépasser 7 jours.  
Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.  
**DOUTE NE PAS HESITER À CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.**

**Utilisation d'adultes**

Veuillez indiquer à votre médecin si vous êtes enceinte ou avez récemment été enceinte, ou si vous envisagez de le faire, car il s'agit d'un médicament.

**Grossesse et allaitement**

Dans les conditions de grossesse, en cas de besoin, être sous surveillance médicale.  
D'une façon générale, l'allaitement de votre bébé ne nécessite aucune précaution particulière.

**Sportifs**  
L'attention des sportifs doit être attirée sur le fait que ce médicament ne contient pas de substances susceptibles d'être détectées lors de tests pratiqués lors de compétitions sportives.

**Excipient à effet notoire**

Glycérol.

**Excipient à effet notoire**  
Glycérol.

**3. COMMENT UTILISER OTIPAX®, solution pour instillation auriculaire ?**

**Posologie**

Réchauffer entre les mains la solution avant utilisation.  
Flacon compte-gouttes.  
Exercer une pression sur le flacon pour obtenir une goutte.

**Mode et voie(s) d'administration**

Voie auriculaire.  
Comment utiliser :  
• Dévisser le bouchon.

• Visser le compte-gouttes.

# Doliprane® 1000mg

PARACETAMOL

Comprimé

## DOLIPRANE® 1000 mg comprimé :

La substance active est : 1000 mg de paracétamol DC 90  
(1111,11 mg), pour un comprimé.  
Les autres composants sont : amidon de

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, un analgésique et/ou fièvre  
telles que maux de tête, douleurs, règles  
douloureuses. Il peut être utile en cas de douleurs  
de l'arthrose.

## Cette présentation est réservée à l'usage adulte.

Lire attentivement la rubrique "Précautions Particulières".  
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol.  
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

### Contre-indications :

**Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :**  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

### 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 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.



