

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-730745

153882

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9278

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENDOUR MOUNA

Date de naissance :

13/01/69

Adresse :

Habitude

Tél. :

066146011

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

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 :

09/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-730745

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

9278

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/23	46,20
		<u>DA</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

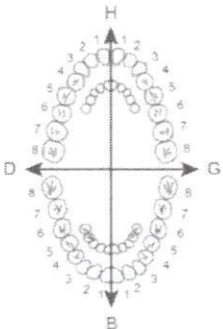
[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<table><tr><td></td></tr></table>									
						MONTANTS DES SOINS	<table><tr><td></td></tr></table>								
						DEBUT D'EXECUTION	<table><tr><td></td></tr></table>								
					FIN D'EXECUTION	<table><tr><td></td></tr></table>									

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The central incisors are labeled 1, canines 2, premolars 3, molars 4, and wisdom teeth 5. The diagram is oriented with H at the top, B at the bottom, D on the left, and G on the right.</p>	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>50000000</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>	25533412	21433552	50000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	50000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-146411

Date : 09/03/2023

MOUNA BENDOURO

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
DERMOVAL CR 0.05% 10G CREME	1	17,40	17,40
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	14,00
DOLOSTOP CO 1G B8 COMP EFFER	1	14,80	14,80

Total Organisme	0 DHS
Total Client	46,20 DHS
Total	46,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-six DHS et vingt centimes

PHARMACIE DES JARDINS
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6, km 18
CGI, Rabat
Tel/Fax : 05 37 01 10 40

TP : 26100196 RC : 77074 ICE : 001674141000096

Tel : 0537011040 RIB : 2121150231990022

Adresse : Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

DERMOVAL 0,05 %, crème

Propionate de clobétasol

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien, aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL 0,05 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème ?
3. Comment utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMOVAL 0,05 %, crème ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée.

Il est indiqué généralement dans certaines maladies de la peau peu étendues (surface limitée) :

- En plaques et ne répondant pas à d'autres traitements :
 - psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes),
 - lupus érythémateux discoïde (plaques associant rougeur, vaisseaux superficiels visibles et squames épaisses)
 - lichen (plaques rouges ou violacées provoquant des démangeaisons).
- Cicatrices hypertrophiques (en relief)
- Lésions non infectées, peu étendues ne répondant pas à un corticoïde d'activité moins forte et limitées en surface.



Dolostop®

Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg, comprimé
DOLOSTOP 1000 mg, comprimé
DOLOSTOP 500 mg, comprimé effervescent
DOLOSTOP 1000 mg, comprimé effervescent

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 médecin ou à votre pharmacien.
 Le 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.

- 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 (maimnutrition) 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 contenant leur apport alimentaire en sodium. EN CAS DE DOULEUR, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS
 Signalez quel 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

THERAPIES ALTERNATIVES
 Sans objet
INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYOTHERAPIE OU

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'ATTITUDE 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

FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT
POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIES (D'ADMINISTRATION,

Excipients
 DOLOSTOP 500 mg comprimé, q.s.p. 1 comprimé
 DOLOSTOP 1000 mg comprimé, q.s.p. 1 comprimé

paracétamol par comprimé.
 DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.
 DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.
 DOLOSTOP 1000 mg comprimé, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

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.

COMPOSITION
 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.

- Malnutrition chronique

- Déshydratation

Si vous avez l'impression trop faible, consultez votre médecin.

Mode et voie d'administration
 Voie orale.

DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés
 Les comprimés sont à avaler entiers avec un verre d'eau, lait, jus de fruit.

effervescents:
 Laissez dissoudre complètement dans un verre d'eau. Boire immédiatement après.

Fréquence d'administration
 Les prises systématiques de Dolostop doivent être espacées de 4 heures minimum.

DURÉE DU TRAITEMENT
 La durée du traitement est limitée :
 - 3 jours en cas de douleurs persistantes 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.

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

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE



Dolostop® 1000 mg comprimés
 Boîte de 8 comprimés effervescents

Mode et voie d'administration
 Voie orale.
 Les comprimés sont à avaler entiers avec un verre d'eau, lait, jus de fruit.

effervescents:
 Laissez dissoudre complètement dans un verre d'eau. Boire immédiatement après.

Fréquence d'administration
 Les prises systématiques de Dolostop doivent être espacées de 4 heures minimum.

DURÉE DU TRAITEMENT
 La durée du traitement est limitée :
 - 3 jours en cas de douleurs persistantes 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.

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

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Doliprane

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3610

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, amidon, croscarmellose sodique, mais pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les cas suivants : maux de tête, états grippaux, douleurs d'origine musculaire ou articulaire douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin pour le traitement de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans).

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

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.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

