

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0057255

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZIDANI Abdeljalil
Date de naissance : 04-08-1949 CASABLANCA
Adresse : Rue 2 Ville 37 Groupe W EL OULFI CASABLANCA
Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 49,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASABLANCA Le : 29/01/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2023	49,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

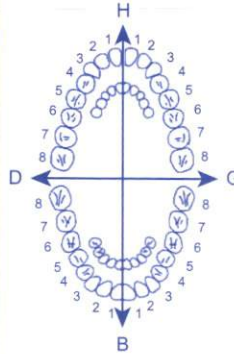
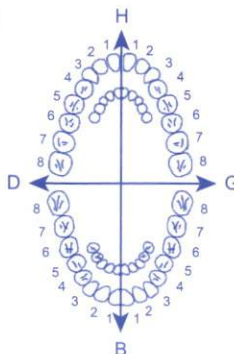
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCOEFFICIENT 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			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

PHARMACIE DU NIL

HAY ELOULFA CASABLANCA

PATENTE : 36004560

PHONE : 0522900748

ICE N° : 001644535000081

PHARMACIE DU NIL
Oum-Rabii
Casablanca

Le : 13/04/2023

FACTURE

NOM : M^r ZIDANI Abdeljaal

PRODUITS	NOMBRE	PU.	TOTAL
Cefalene	1	14,20	14,20.
doliprippe	1	2,00	2,00.
dolipraxe 500 gelule	1	15,30	15,30.
			~
			49,50.
Arrêtée la présente facture à la somme de			
quarante Neuf de deux 50 centimes			

PHARMACIE DU NIL
Oum-Rabii
Casablanca



CEFALINE HAUTH

Poudre orale-10 sachets

PROPRIETES :

Soulage la douleur et fait baisser la température chez les sujets supportant mal ou allergiques.

INDICATIONS :

Traitement symptomatique des :

- Maux de tête : migraines, céphalées;
- Névralgies, courbatures;
- Maux de dents;
- Douleurs rhumatismales;
- Règles douloureuses.

Traitement symptomatique d'affections fébriles : état grippal

MODE D'EMPLOI



Secouer le sachet pour tasser la poudre d'un côté.



Déchirer l'autre côté.



Verser dans un peu d'eau et agiter.

POSOLOGIE :

Adultes et enfants à partir de 15 ans : 1 à 6 sachets par 24 heures.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.
- En raison de la teneur en principe actif ne pas administrer ce produit au jeune enfant.

COMPOSITION :

Paracétamol 0,5 g, Caféine 0,05 g.

Excipient q s p. 1 sachet

Excipient à effet notoire : Lactose

LOT : 448
PER : 12/25
PPV : 147 20 DH



Fabriqué par les Laboratoires NOVOPHARMA
sous licence « l'Homme de Fer »





DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

PPV:20DH00
PER:09/25
LOT:L3174

Veuillez lire attentivement
• Gardez cette notice à portée de main.
• Si vous avez des symptômes identiques à ceux mentionnés dans la notice, parlez-en à votre médecin.

de prendre ce médicament.
demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de maladie.
remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

Composition du médicament

• Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :	
Paracétamol.....	500 mg
Acide Ascorbique (Vitamine C).....	200 mg
Maléate de Phéniramine.....	25 mg

• Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrate trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges.
Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Triacétine E1518, Sulfate de sodium E514.

• Excipients à effet notoire :
Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

Classe pharmacothérapeutique et le type d'activité

DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION.

DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, agit en exerçant 3 actions pharmacologiques :

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorrhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements en salve,
- Une action antalgique antipyrétique permettant une sédation de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies),
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

• Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

• Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

• Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Effets indésirables

Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACÉTAMOL

COMPOSITION

Paracétamol
Excipients : amidon de riz, palmitostéarate
Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde
Bleu patenté V.

PPV 15DH30
PER 12/25
LOT L4094

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Système nerveux central).

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, prévenir immédiatement un médecin.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg (soit environ moins de 8 ans).

- Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien. Il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave du foie.

- Avant de prendre du paracétamol il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent ou en cas de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

NE PAS PRENDRE D'AUTRES MEDICAMENTS EN MÊME TEMPS QUE LE PARACÉTAMOL. DES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS PEUVENT SURVENIR. DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

Le paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre 4).