

# 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 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.

N° W21-807187

*Pay Boussai*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9278</b>	Société : <b>268457</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENDAOUD MOUSSA</b>			
Date de naissance : <b>13/01/69</b>			
Adresse : <b>Habib Bourguiba</b>			
Tél. : <b>066 316 60 411</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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 : .....

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **08 / 07 / 2010**

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-807187

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

Coupon à conserver par l'adhérent

Matricule : **9278**

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

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
				INP : <input type="text"/>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
<i>PHARMACIE DES JARDINS Dr. JAROF Avenue Mohamed V, Km 18 CGP Rabat Tel/Fax : 05 37 01 10 89 71 93 INPE : 102068962</i>	10/09/2018		45,40 DHS	

— VOLET ADHERENT

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

# 'harmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-159239

Date : 08/07/2023

Mme BENDOURO MOUNA

Maroc

## Produit

Produit	Qté.	P.U	Total
HEXOMEDINE SOLUTION 45ML USAGE EXTERNE	1	14,00	14,00
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	14,00
DERMOVAL CR 0.05% 10G CREME	1	17,40	17,40



Total Organisme	0 DHS
Total Client	45,40 DHS
<b>Total</b>	<b>45,40 DHS</b>

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

HARMACIE DES JARDIN  
Dr. JABOR Sana  
Avenue Mohammed 6 km 18  
CGI - Rabat  
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 10 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmel mais prégléatinisé, acide stéarique (origine)

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs 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.

PPV 14DH00  
PER 04/26  
LOT M65B



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**DERMOVAL 0,05 %.**  
Propionate de clobercasol

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

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, 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. Ceci s'applique 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 QUELLES CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde ; indication : dermatose atopique.

Symbole de sécurité : S. Fonction surrénalique diminue à l'arrêt brutal du traitement, infections cutanées superficielles, allergie locale, syndrome cushingoidé dont les symptômes incluent notamment un visage "lunaire", gonfle, une obésité, ainsi que les signes cutanés suivants : amincissement et fragilité de la peau, sécheresse cutanée, vergetures, dilatation de petits vaisseaux sanguins, brûlure cutanée locale, modifications de la couleur des poils, rougeur, éruption d'application.

Fébrile ou indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles) Les effets indésirables peuvent survenir avec la fréquence suivante : systématisquement chez tout le monde. Gomme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?