

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0035020

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05095 Société : 187289

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AMINE SALMA

Date de naissance : 31-10-1989

Adresse :

Tél : 06-68-97-52-26 Total des frais engagés : 96,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/23

Nom et prénom du malade : Hypothèse

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : EL Amine Salma

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 : 20/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : EL Amine

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

20/11/23	/	/	6	Dr. EL AMINE Oussama Médecin Généraliste Aïn Chock N° 123456789
----------	---	---	---	---

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE CHAÏM CHEIKH SAÏD Dr DIANI Abdellatif 560 LOTS HAMRA AV AL OULES AÏN CHOCK CASABLANCA 06343 37 42 FAX 0608 57 10 81	20 novembre 2023	2680
---	------------------	------

# 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

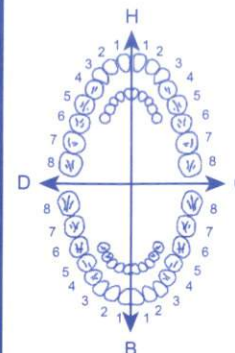
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

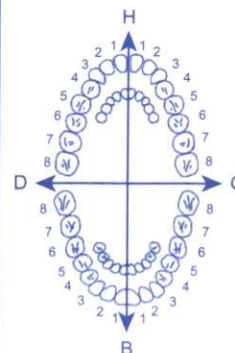
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000
B		G	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE



6 18001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

A. Libe Le 20/11/23

yme Elamine Saba

- Levothyrox 50 (x2) 13,40 → 26,80  
1 cp / je (7s)
- cetamyl 1000 14,80  
1 - 0 - 1 (7s)
- Cardur Asp 27,70  
1 cp / 2 di (7s)
- spasfor 80 21,50  
1 cp → beso (7s)

Total 96,80

PHARMACIE CHAMIA CHENNA SAKH  
Dr DIANI Abdelkader  
N°660 LOTS HAMBA 2 AV AL GODS  
AIN CHOCK CASABLANCA  
G.S.M: 0889 43 37 17 - F.IX 0808 57 14

Dr. ELAMINE Oussema  
Préfecture Médicale Ain Chock  
INFE: 91014134

# CETAMYL® 1g

Comprimés  
Paracétamol

سيتاميل® 1000 ملغ  
باراسيتامول

Lot N° / Date Per. :

## FORME ET PRESENTATION :

CETAMYL® 1g Comprimés sécables oblongs – Boîte de 10.

## COMPOSITION :

Paracétamol.....1g

Excipients qsp : .....1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose

## PROPRIETES :

Antalgique (calme la douleur) – Antipyrétique (fait baisser la fièvre).

## INDICATIONS :

Traitement symptomatique des douleurs et/ou fièvre (maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Enfants de moins de 15 ans.
- Hypersensibilité au paracétamol ou à l'un des composants.
- Insuffisance hépatocellulaire.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

CETAMYL® 1g est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans (> 50 kg).

La posologie usuelle est de ½ à 1 comprimé dosé à 1 g par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de CETAMYL® par jour, soit 3 comprimés. Cependant, en cas de douleurs plus intenses, la posologie maximale peut être augmentée jusqu'à 4 g par jour, soit 4 comprimés par jour. Toujours respecter un intervalle de 4 heures entre les prises.

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 heures. La dose de paracétamol ne devra pas dépasser 3 g par jour, soit 3 comprimés.

En cas de persistance de douleur ou de fièvre, d'efficacité insatisfaisante, ou d'apparition d'autres symptômes, il est recommandé de prévenir votre médecin ou votre pharmacien.

### Mode d'administration :

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler, si besoin après les avoir cassés en deux, tels quels avec une boisson (eau, lait, jus de fruit).

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

En raison de la dose unitaire par comprimé (1g), CETAMYL® 1g n'est pas adaptée à l'enfant de moins de 15 ans. Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.

Doses maximales recommandées :

Adulte et enfant de plus de 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g par jour.

### Grossesse et allaitement :

CETAMYL® 1g, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

**CETAMYL® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.**

**En cas de doute ou de complications, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

## EFFETS INDESIRABLES :

- Rarement : Réactions d'hypersensibilité à type de choc anaphylactique, œdème de Quincke, érythème, urticaire, rash cutané. Leur survenue impose l'arrêt définitif de ce médicament et des médicaments apparentés.

- Exceptionnellement : thrombopénie, leucopénie et neutropénie.

### Surdosage :

En cas de surdosage thérapeutique ou intoxication accidentelle, prévenir impérativement le médecin traitant ou le pharmacien et transférer immédiatement le sujet en milieu hospitalier.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

### Nécessitant des précautions d'emploi :

- Anticoagulants oraux : risque d'augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique en cas de prise de CETAMYL® aux doses maximales (4 g/j) pendant au moins 4 jours. Contrôle régulier de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par CETAMYL® et après son arrêt.

### Examens paracliniques :

La prise de CETAMYL® peut fausser le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase en cas de concentrations anormalement élevées.

La prise de CETAMYL® peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique.

## CONDITIONS DE CONSERVATION :

Conserver à l'abri de la lumière et en dessous de 25°C.

Délivrance : Libre

CETAMYL® Comprimés 1g – Boîte de 10 : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Edition : Janvier 2013



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA  
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

NCT181V2



# Spasfon® 80 mg Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

- 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.

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

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que **SPASFON®**, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?
3. Comment prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **SPASFON®**, comprimé enrobé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

## Allaitement

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

## Conduite de véhicules et utilisation de machines

**SPASFON®** n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

## SPASFON®, comprimé enrobé contient du lactose, du saccharose et de l'amidon de blé :

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ce médicament contient une très faible teneur en gluten (provenant de l'amidon de blé). Il est considéré comme « sans gluten » et est donc peu susceptible d'entraîner des problèmes en cas de maladie coeliaque. Un comprimé ne contient pas plus de 2,4 microgrammes de gluten. Si vous avez une allergie au blé (différente de la maladie coeliaque), vous ne devez pas prendre ce médicament.

## 3. Comment prendre SPASFON®, comprimé enrobé ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

## LES EFFETS INDESIRABLES

Pour tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout

Cependant, dans certains cas une allergie peut survenir. Vous devez connaître les signes d'une allergie :

- des boutons et/ou des rougeurs sur la peau, démangeaisons,
- par un brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke),

- ou par un malaise brutal dû à une chute de la pression artérielle (choc anaphylactique).

A fréquence indéterminée peut survenir :

- une éruption étendue squameuse rouge avec des masses sous la peau et des cloques accompagnée de fièvre à l'instauration du traitement (pustulose exanthématique aiguë généralisée).

Si vous développez ces symptômes, arrêtez d'utiliser ce médicament et contactez immédiatement votre médecin.

## Déclaration des effets secondaires

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. Aussi, pour signaler un effet indésirable ou pour toute question relative à la sécurité du médicament, veuillez envoyer un e-mail à l'adresse suivante :

[pv.pharmacovigilance@zenithpharma.ma](mailto:pv.pharmacovigilance@zenithpharma.ma)  
En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

27.50

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin.
- 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 à votre pharmacien.



# CARDIOASPIRINE®

## 100 mg, comprimés gastro-résistants

### Dans cette notice :

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

### 1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, la production de prostaglandines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le comprimé ne se dissout qu'au contact du suc gastrique, évitant ainsi l'irritation de la muqueuse gastrique.

# MERCK



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

7862160336

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس<sup>®</sup>** قرص قابل للقس

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تح

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
- وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لد
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق
- انظر الفقرة 4

## تحتوي هذه النشرة:

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
- 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى

- 1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟

الصنف الصيدلاني العلاجي

هذا الدواء هرمونة درقية