

# 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.

M23-012016

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1205

Société :

PAT.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUANTASSIR MOSTAFA

Date de naissance : 14-04-1953

Adresse : HAY ESSAADA Rue 8 N° 46 HAY DAROLA - CASA

Tél. : 0681111655

Total des frais engagés :

35,20 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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

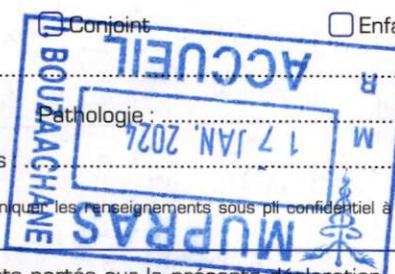
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



.....

## 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Date au Fournisseur Tunisie - MENJRA - Samir Bd. Ibnou Sinaa Rue Hassani - Casablanca 10/01/24	Date	Montant de la Facture
	02/01/24	35,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## RELEVE 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D	00000000	00000000		
	G	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D	00000000	00000000		
	G	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
DATE DE L'EXÉCUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D	00000000	00000000		
	G	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**PHARMACIE MENJRA**  
**DR.MENJRA Samir**  
16,ANGLE RUE 4 ET BD IBN SINA  
HAY HASSANI CASA  
**Tel : 022895005**

R.C : 223456  
C.N.S.S : 2157651  
Patente : 35012450  
INPE : 092042340  
ICE : 2090175000069

Date : 02/01/2024

**FACTURE N° 8575**

CLIENT : MOUNTASSIR MOSTAFA

~~صيدلية المنجرا~~  
Pharmacie MENJRA  
Dr. MENJRA Samir  
16, Angle Bd. Ibno Sinaâ Rue 4  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 052 88 99 50 05

**ANTIBIO-SYNALAR**  
**Gouttes auriculaires**

**Flacon de 10 ml avec compte-gouttes**

Acétoneide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sul-

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une autre personne.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez quelque chose de suspect dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**ANTIBIO-SYNALAR**

19/40

**COMPOSITION DU MEDICAMENT :**

**Composition qualitative et quantitative en substances actives:**

Acétoneide de fluocinolone .....	0,025 g
Sulfate de polymyxine B .....	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine .....	335 000 UI

Pour 100 ml de solution.

Q.S.P.

100ml

**Excipients:**

Excipient à effet notable: Phénylmercure

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:**

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?**

**Posologie:**

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

**Mode et voie d'administration:**

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

**Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:**

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

À la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

**Fréquence d'administration:**

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

**Durée de traitement:**

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression

# Doliprane®

500 mg  
PARACÉTAMOL  
comprimé effervescent

## COMPOSITION

Paracétamol.....

Excipients : acide citrique, mannitol, saccharine sodique, lauryl bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, l'effervescent.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé effervescent - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE / ANTIPIRÉTIQUE (N, Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règnes.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant (soit environ à partir de 8 ans). Lire attentivement la rubrique

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres formes de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ 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 MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPÉCIALES

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).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

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.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, SIGNALEZ SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

## EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :

P P V 1 5 D H 8 0  
P E R 0 4 / 2 6  
L O T M 1 3 0 4

