

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3687

Société : *196090*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *MAKHLOUKI*

Date de naissance : *23.01.1983*

Adresse : *81 Rue Rachid Ben Abdellah - Casablanca*

Tél. : *05 22 20 45 45* Total des frais engagés : ..... 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 : .....

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 : .....

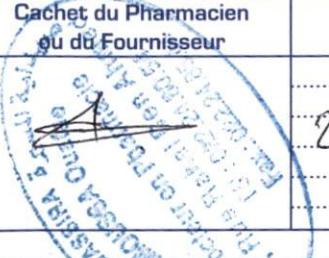
Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

### 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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/2011	437,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

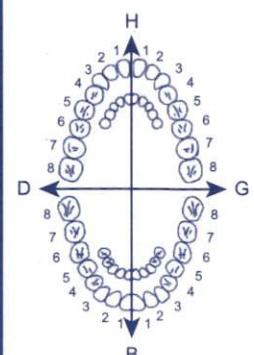
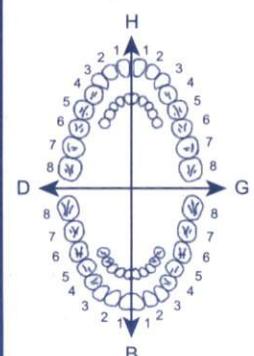
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient des travaux</b>
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	<input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Montants des soins</b>
				<input type="text"/>
				<b>Date du devis</b>
				<input type="text"/>
				<b>Date de l'exécution</b>
				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE AL MASSIRA**  
**BENMOUSSA L OUAFAE**  
**51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE**  
**DINAND**

Tél : 0522248054

21/02/2024

**MAKHLOUKI MUSTAPHA**

**FACTURE N° : 6635 du 21/02/2024**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1G EFFERV X8	14,60	14,60	7%
1	SPECTRUM GOUTTES AURICULAIR	33,00	33,00	0%
<b>Total TTC</b>				<b>47,60</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
**QUARANTE SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE CTS**

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	13,64	0,96	14,60
0%Ar92	0,00	33,00	0,00	33,00
		<b>46,64</b>	<b>0,96</b>	<b>47,60</b>



# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable  
PARACÉTAMOL

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.

Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs 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.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### 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 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 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 sont associés afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.**

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

PPV 14DH90  
PER 11/25  
LOT L3782

# SPECTRUM® 0,3%

## Solution pour instillation auriculaire (Ciprofloxacine)

Veuillez 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

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.

### 1. Composition du médicament

Ciprofloxacine (sous forme de chlorhydrate)..... 15,0 mg

Excipients : Chlorure de sodium, Edétate de disodium, Solution de chlorure de benzalkonium à 10%, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables: q.s.p ...5ml

Excipients à effet notable : Chlorure de benzalkonium

### 2. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

Classe pharmacothérapeutique : Médicaments otologiques, anti-infectieux - code ATC:

S02AA

Ce médicament est un antibiotique de la famille des quinolones. C'est une fluoroquinolone.

### 3. Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites chez l'adulte et l'enfant à partir de 1 an.

### 4. Posologie

Veuillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Cette solution pour instillation auriculaire est destinée à l'adulte et à l'enfant à partir de l'âge de 1 an.

À titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante :

Adultes : 4 gouttes dans l'oreille atteinte, 2 fois par jour - matin et soir

Enfants : 3 gouttes dans l'oreille atteinte, 2 fois par jour - matin et soir

En cas d'utilisation de mèche dans l'oreille, votre médecin peut augmenter la posologie. Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

### 5. Contre-indications

N'utilisez jamais SPECTRUM 0,3 % si vous êtes allergique à la substance active des quinolones ou à l'un des autres composants mentionnés dans la composition.

Si vous avez une otite moyenne aiguë.

### 6. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut occasionner des effets indésirables. Les effets indésirables suivants ont été signalés avec SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire.

Fréquence (survient chez 1 à 10 personnes) :

- Effets auriculaires : douleurs auriculaires, démagéances de l'oreille

- Effets indésirables généraux : maux de tête, nausées, vomissements

Fréquence indéterminée (ne peut être estimée) :

- Effets auriculaires : acouphènes

Effets indésirables supplémentaires chez les enfants :

Dans les études cliniques, aucune réaction indésirable n'a été signalée chez les enfants âgés de 1 à 12 ans.

Déclaration des effets indésirables suspectés :

La déclaration des effets indésirables suspectés est importante. Elle permet une surveillance du médicament.

### 7. Mises en garde spéciales et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien pour obtenir la solution pour instillation auriculaire.

Utiliser SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Des réactions allergiques à type d'urticaire, de choc d'origine allergique généralisés (brûlure respiratoire, chute de la tension artérielle) ont été observées, parfois dès la première prise, chez des personnes de la famille des quinolones administrés par voie orale.

Si vous remarquez les premiers signes d'une réaction d'hypersensibilité, y compris une réaction respiratoire, arrêtez le traitement et contactez votre médecin. Si vous avez une réaction allergique, arrêtez le traitement en urgence.

Si vos symptômes s'aggravent ou reviennent, vous pouvez devenir plus sensibles à ce médicament, surtout après une utilisation prolongée.

Si vous êtes âgé ou si vous prenez des médicaments pour traiter la douleur et l'inflammation, alors vous avez un risque plus élevé d'avoir des effets indésirables avec SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire. Consultez immédiatement votre médecin. Si vous ressentez une inflammation des tendons, pendant ou peu après le traitement, contactez votre médecin.

Si vous remarquez une réaction cutanée, c'est-à-dire que la peau à la lumière a été observée avec les effets indésirables, arrêtez le traitement et contactez votre médecin. Les réactions cutanées avec la ciprofloxacine sont peu fréquentes.

Si vous prenez d'autres médicaments, veuillez consulter votre pharmacien et SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire.

Un suivi médical méticuleux est nécessaire. Au moment de l'emploi, évitez la mise en contact avec les yeux et les lèvres. Si au bout de 10 jours les symptômes persistent, contactez votre pharmacien.

Si l'un des avertissements ci-dessus vous concerne, contactez immédiatement votre pharmacien.

### 8. Durée du traitement

La durée du traitement est habituellement de 7 à 10 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 de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

### 9. Fréquence d'administration

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

10. Durée du traitement

La durée du traitement est habituellement de 7 à 10 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 de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

11. Informations pour l'ordonnance

• In

Sans

LOT : A020481  
PER : 07/2025  
PPV : 33.00DH