

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 070828

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3687 Société : par 196090
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAKHLOUKI Mustapha
Date de naissance : 23.01.1953
Adresse : 87 Ave. pchil Ben elhadj Belkader
Casablanca
Tél. : 06 61 87 55 60 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 le malade 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

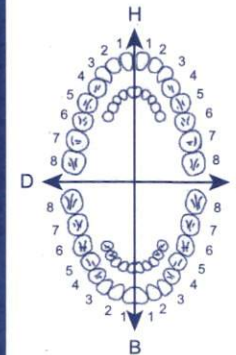
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

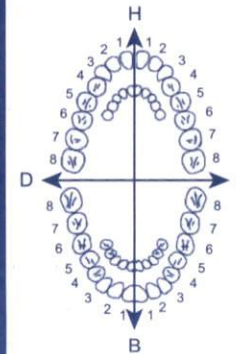
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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%
Total TTC			47,60	

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
		46,64	0,96	47,60



CNSS : 1753377
Compte :

I.C.E : 001642356000035
Patente : 31202044

INPE:092007814
R.C : 191902

I.F : 46204130
RIB :

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 de nombreuses 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 EFFERESCENT 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 EFFERESCENT.

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 EFFERESCENT

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 contiennent également. Afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée, ne prenez pas plus de 4 comprimés par jour.

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

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

PPV 14 DH 90
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 notoire : Chlorure de benzalkonium

2. Classe pharmaco thérapeutique ou le type d'activité

Classe pharmacothérapeutique : Médicaments otologiques, anti-infectieux - code ATC : S02 AA

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.

A 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.

Voie d'administration

Voie locale. Instillation auriculaire

Si vous avez avalé SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire d'une manière accidentelle, contactez votre médecin. Néanmoins, aucune complication sérieuse n'est attendue.

Mode d'administration

Tiédifier 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.

- Si une goutte tombe à côté de votre oreille, recommencez.

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

- A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne doit 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 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.

5. Contre-indications

N'utilisez jamais SPECTRUM 0,3 %, solution

- 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 avoir des effets indésirables. Les effets indésirables suivants ont été signalés avec SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire :

- Fréquents (survient chez 1 à 10 personnes sur 100) :
 - Effets auriculaires : douleurs auriculaires, démangeaisons de l'oreille

- Effets indésirables généraux : maux de tête, fréquence indétectable (ne peut être estimée)

- Effets auriculaires : acouphènes

Effets indésirables supplémentaires chez les enfants

Dans les études cliniques, aucune réaction indésirable n'a été observée 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 d'emploi

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

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

Ne pas injecter, ne pas avaler.

Des réactions allergiques de type d'urticaire, choc d'origine allergique généralisés (brûlures, respiration, chute de la tension artérielle, chocs), 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 des problèmes respiratoires, arrêtez le traitement immédiatement et contactez votre médecin. Si vous avez une réaction allergique, consultez votre médecin.

- Si vos symptômes s'aggravent ou reviennent, consultez votre médecin.

- Si vous êtes âgé ou si vous prenez des médicaments, consultez votre médecin.

- Si vous avez un risque plus élevé d'avoir des problèmes respiratoires, consultez votre médecin.

- Si vous avez une inflammation ou un état inflammatoire, consultez votre médecin.

- Si vous ressentez une inflammation des tendons, pendant ou après le traitement, arrêtez le traitement et contactez votre médecin.

- Si vous remarquez une réaction cutanée, consultez votre médecin.

- Si la peau à la lumière a été observée avec les quinolones, consultez votre médecin.

- Si vous prenez d'autres médicaments, consultez votre médecin.

- Si vous prenez SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire, consultez votre médecin.

- Si vous avez des symptômes de contamination, consultez votre médecin.

- Si au bout de 10 jours les symptômes persistent, consultez votre médecin.

- Si l'un des avertissements ci-dessus vous concerne, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN

Enfants

N'utilisez SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire, moins d'un an que s'il est explicitement précisé dans la notice.

Lisez aux excipients

En raison de la présence de certains excipients, SPECTRUM 0,3 %, solution pour instillation auriculaire, peut provoquer des effets indésirables.

• Interactions médicamenteuses

• Informations complémentaires

• Informations complémentaires

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