

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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° P19-0048755

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3235 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : NEJDI Noïma
Date de naissance : 1-1-45
Adresse : Rés du Palais (B) Rue Ahmed CHARCI Casablanca
Tél. : 0661156276 Total des frais engagés : S.D.H. 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 :

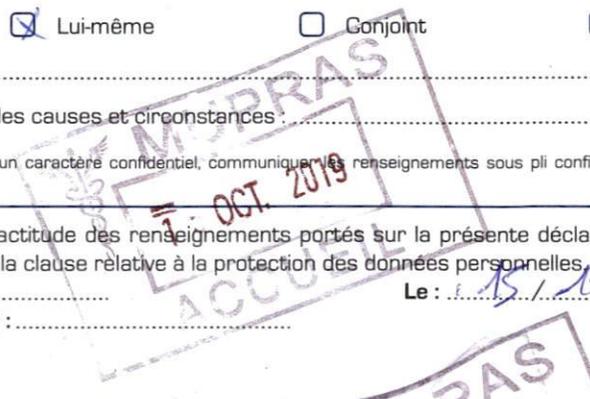
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 15/10/19

Signature de l'adhérent(e) :



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
 Pharmacie Al-Dar Bennisoune Benjeloun Raja Docteur en Pharmacie 109 rue de la Paix, ALGER	1-9-19	5,180

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

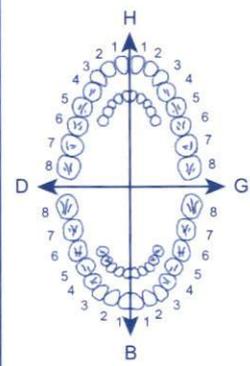
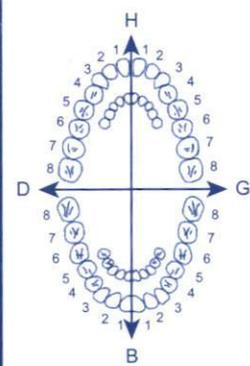
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية قال دانفا

Pharmacie Val d'anfa

BENHAYOUNE BENJELLOUN RAJAA

Diplômée de la Faculté
de Pharmacie de Paris

194, Bd d'Anfa - CASABLANCA

Tél.: 0522.36.43.48



بن عيون بن جلون رجاا
خريجة كلية الصيدلة
بباريس

194، شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.36.43.48

FACTURE N° 001480

Casablanca, le 1-9-19

Client

QUANTITÉ	DÉSIGNATION	P.U.	TOTAL
1	Dolipron 1g cp	14,00	14,00
1	Phen-jelud cp	14,30	14,30
1	Kumed cp	23,50	23,50
			51,80

صيدلية قال دانفا
Pharmacie Val d'anfa
Benhayoune Benjelloun Rajaa
Docteur en Pharmacie
194, Bd d'Anfa - CASA

RHUME COMPRIMÉS et GÉLULES

Lisez attentivement cette notice car elle contient des informations importantes.

- Ce médicament est une spécialité d'AUTOMEDICATION qui peut être utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.
 - La persistance des symptômes, l'aggravation ou l'apparition de nouveaux troubles, imposent de prendre un avis médical.
 - Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

COMPOSITION DU COMPRIME (pour le jour) :

Pour un comprimé
Paracétamol 500,00 mg
Chlorhydrate de pseudoéphédrine 60,00 mg
Excipients : Cellulose microcristalline, Amidon prégélatinisé,
Croscarmellose sodique, Stéarate de magnésium,
Povidone K 30.

COMPOSITION DE LA GELULE (pour la nuit) :

Pour une gélule
Paracétamol..... 500,00 mg
Maléate de chlorphénamine4,00 mg
Excipients : Talc, Croscarmellose sodique, Laurylsulfate
de sodium, Silice colloïdale anhydre.
Composition de l'enveloppe de la gélule : dioxyde de
titane, érythrosine, indigotine, gélatine.

FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé et gélule.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTALGIQUE périphérique / ANTIPIRETIQUE
SYMPATHOMIMETIQUE / DECONGESTIONNANT NASAL

Par voie systémique
ANTIHISTAMINIQUE H1
(R : Système respiratoire)
(N :Système nerveux central)

DANS QUEL CAS POUVEZ-VOUS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient du paracétamol, de la pseudoéphédrine et la chlorphénamine.
Il est préconisé chez l'adulte (plus de 15 ans) comme traitement de courte durée au cours des rhumes avec maux de tête et / ou de fièvre, en cas de sensation de « nez bouché » et d'écoulement nasal clair.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE DEVEZ-VOUS PAS UTILISER
CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est contre- indiqué chez l'enfant (moins de 15 ans).

VOUS NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament :

- en cas d'allergie à l'un des constituants,
 - en cas de maladie grave de foie
 - en cas de maladie grave du cœur (hypertension artérielle sévère, angine de poitrine sévère),
 - en cas de risque de glaucome,
 - en cas de risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatique (difficulté à uriner),
 - en association avec l'iproniazide (IMAO non sélectif).
- Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin dans les cas suivants :
- en cas de traitement par la guanéthidine (antidépresseur),
 - pendant la grossesse, en cas de détresse fœtale ou d'hypertension artérielle maternelle,
 - pendant l'allaitement.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDES SPECIALES

NE LAISSER PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.

Interrompre le traitement en cas de sensation d'accélération du cœur, palpitations, nausées.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas :

- d'écoulement nasal purulent,
 - de persistance de la fièvre
 - d'absence d'amélioration au bout de 4 jours de traitement, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.
- Des précautions sont nécessaires :
- chez les personnes âgées
 - en cas de maladie du cœur (notamment en cas d'angine de poitrine, hypertension artérielle) de maladie de la thyroïde (hyperthyroïdie), de maladie du foie, ou de maladie des reins, DEMANDEZ L'AVIS DE VOTRE MEDECIN AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT, afin qu'il adapte votre traitement .
- En cas d'intervention chirurgicale prévue, il convient d'interrompre le traitement quelques jours auparavant et de prévenir l'anesthésiste.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

RHINOFEBRAL[®]

20.

Matière de Chlorphénamine

Il faut prendre ce médicament.

à lire.

demandez plus d'informations à votre médecin

Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même s'il paraît en souffrir.

- Si l'un des effets indésirables est grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

14130
755.910.10.15**Composition du médicament:****Principes actifs :**

Paracétamol	240,00 mg
Maléate de chlorphénamine	3,20 mg
Acide ascorbique	100,00 mg
Excipients	q.s.p une gélule

Excipients: Silice colloïdale anhydre, talc, stéarate de magnésium.**Classe pharmaco-thérapeutique :**

ANTALGIQUE ANTIPIRYÉTIQUE.

ANTI-HISTAMINIQUE INHIBITEUR DES RECEPTEURS H1.

Indications thérapeutiques:

Ce médicament contient du paracétamol, un antihistaminique, la chlorphénamine et de la vitamine C. Il est indiqué pour le traitement symptomatique de l'écoulement nasal lors d'un rhume avec maux de tête et/ou fièvre chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans.

Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 12 ANS.

La posologie usuelle est de:

1 gélule par prise, à renouveler en cas de besoin, au bout de 4 heures, sans dépasser 5 gélules par jour.

Mode et voie d'administration

VOIE ORALE.

Les gélules sont à avaler telles quelles avec une boisson (par exemple. eau, lait, jus de fruit).

Durée du traitement

La durée habituelle du traitement est de 5 jours.

Si la fièvre ne diminue pas au bout de 3 jours ou si les signes cliniques s'aggravent, ne continuez pas votre traitement sans l'avis de votre médecin.

Devant les signes cliniques généraux d'infection, une antibiothérapie par voie générale doit être envisagée.

Fréquence d'administration

Les prises de ce médicament doivent être espacées de 4 heures au minimum.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum.

Compte tenu de l'effet sédatif de ce médicament, il est préférable de commencer le traitement le soir.

Contre-indications :**Ne prenez jamais RHINOFEBRAL, gélule dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol ou aux antihistaminiques,
- maladie grave du foie,
- difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre,
- glaucome.

Ce médicament ne doit GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**Effets indésirables :**

Comme tous les médicaments, RHINOFEBRAL, gélule est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Certains effets indésirables nécessitent d'ARRÊTER IMMÉDIATEMENT LE TRAITEMENT ET D'AVERTIR UN MEDECIN.

Dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption ou une rougeur cutanée ou une réaction allergique pouvant se manifester par un brusque gonflement du visage et du cou ou par un malaise brutal avec chute de la pression artérielle. Il faut immédiatement arrêter le traitement, avertir votre médecin et ne plus jamais reprendre de médicaments contenant du paracétamol.

Exceptionnellement des modifications biologiques nécessitant un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées: taux anormalement bas de certains globules blancs ou de certaines cellules du sang comme les plaquettes pouvant se traduire par des saignements de nez ou de gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

D'autres effets indésirables peuvent survenir:

- somnolence, baisse de vigilance plus marquées en début de traitement,
- baisse de la mémoire ou de la concentration, vertiges (plus fréquents chez le sujet âgé),
- incoordination motrice,

Doliprane

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00

PER:05/20

LOT:G1184



DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

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.

