

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013824

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGOURMI YOUSSEF

Date de naissance :

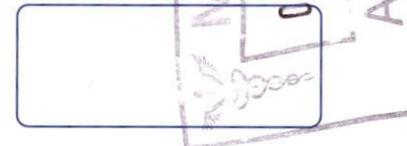
Adresse :

Rue ZIN AGAR DOUZE 171 RAM

Tél. : 266640500 Total des frais engagés : 38876 C 00 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
	04/06/20	72,72 Dhs

## **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	

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية المصانع

# Pharmacie La Source

El moumni Mouna  
Docteur en Pharmacie  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE  
LA SOURCE

Date 04/06/2010  
Facture 10766

Facture N° LASOURI Ncd

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
1	A paracét 800 gelat	197	197
1	Aspirine 500 ff	158	158
1	physi derze	32,2	32,2
			22,2
Anote la présente facture à la Somme de Soixante Douze dinars et Soixant dix centimes.			
 PHARMACIE Dr. EL MOUNNI MOUNA Tél. 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat. : 34812010 INPE 092038760			

INPE 000 80911 0000079

7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat. : 34812010

INPE 092038760



# Doliprane®

500 mg  
comprimé effervescent  
PARACÉTAMOL

500 mg,  
saccharine sodique, laurilsulfate de sodium, povidone,  
bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine pour un comprimé  
effervescent.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé effervescent - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE / ANTIPYRÉTIQUE (N, Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans)** Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations 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 DOUCE, 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 DOUCE, 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'EVENTUELLES 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 :



# APAZ

## FORMES et PRESENTATIONS :

Gélule à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules sous pl.  
Suspension buvable à 4% : flacon de 100 ml.

## COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI)	p.gélule 200 mg	p.boîte 3,2 g
Excipient à effet notoire : saccharose		
Nifuroxazide (DCI)	p.c. à c. 220 mg	p.flacon 4,4 g

## INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne invasive (altération de l'état général, fièvre).  
Le traitement ne dispense pas de mesure di.  
L'importance de la réhydratation et sa  
adaptées en fonction de l'intensité de la  
(maladies associées...).

## POSOLOGIE et MODE D'EMPLOI :

Voie orale.

### Gélule :

Réservez à l'adulte et à l'enfant à partir de  
Adulte : 4 gélules (800 mg) par jour en 2 à 3 prises.

Enfant à partir de 6 mois : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

### Suspension buvable :

Enfant de plus de 2 ans : 660 mg par jour, soit 3 cuillères à café par jour en 3 prises.  
Le traitement ne doit pas excéder 7 jours.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Tout antécédent de réaction allergique aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres constituants.
- Prématuré, nouveau-né (0 à 1 mois) et nourrisson de moins de 2 ans.

## MISES EN GARDE et PRECAUTIONS D'EMPLOI :

### Mises en garde :

- En cas de diarrhée infectieuse avec des manifestations cliniques suggérant un phénomène invasif, une antibiothérapie par voie générale doit être envisagée.
- La prise de la gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans, car elle peut entraîner une fausse-route.
- La réhydratation peut être l'élément essentiel du traitement des diarrhées aiguës de l'enfant. Elle devra être systématiquement envisagée.

### Précautions d'emploi :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital en saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

## TABLEAU C (LISTE II)

19,70  
PER 09/21  
LOT 1975

40,00

ZENITH PHARMA  
PPC : 37,20 DH



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable