

# 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.

## Médecine 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.

## Education :

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

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.

S : 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- 059841

Optique *ND 36997*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8042* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *MAHBOU B. YOUSSEFI*

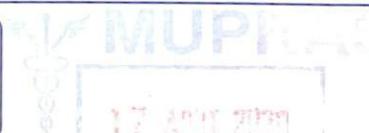
Date de naissance : *1953*

Adresse : *NOUASSER*

Tél. : *0663 79 3041* 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
 DROITE: 11, 21, 12, 22, 13, 23, 14, 24, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 18, 28					<b>Coefficient des travaux</b>
 HAUT: 48, 38, 47, 37, 46, 36, 45, 35, 44, 34, 33					<b>Montant des soins</b>
 BAS: 42, 41, 31, 32, 33					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
 DROITE: 11, 21, 12, 22, 13, 23, 14, 24, 15, 25, 16, 26, 17, 27, 18, 28		H	21433552		
 HAUT: 48, 38, 47, 37, 46, 36, 45, 35, 44, 34, 33		D	00000000	00000000	G
 BAS: 42, 41, 31, 32, 33		D	00000000	00000000	G
		D	35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>			

VOLET ADHERENT		NOM :	Mme
DECLARATION N°		P 14 / 0008546	
<b>MUPRAS</b> <small>Mutuelle de Prévoyance &amp; d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>			



P 14 / 0008546

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8042	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom MAHBOUB M. Kanta			
Fonction Retraite	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient NAIMA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite 10 AVR 2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
O 1 Cuhl		1	150.00
PHARMACIE		Date 10/04/20	
Montant de la facture			
168.70 104.60			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

**Dr. Abderrahim ESSOUBI**

OMNIPRATICIEN  
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

دكتور عبد الرحيم سوبى

الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le

10 AVR. 2020

Nom : ~~XXXXXX~~ ICRAQUAS.

W.D.I.M.

Pds :

TA : 1310

SLPZ 99%

- N O R G E S 8 0 - (Gm)  
24.50 - 1 - 1 - 1 .

28.80 - Vifaneuril Rat  
- 1 - 0 - 1

63.40 - MAS 24  
- 1 - 0 - 1

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
OMNIPRATICIEN  
128, Bd M'hamed V Berrechid  
Tél.: 05 22 33 75 70  
Fax: 05 22 43 56 34

168.70

**Pharmacie FATIMA**

Dr. ARRACHIDI Samia

Ang. Rue Okba Benou Nafil et rue Madina  
Berrechid - Tel.: 0522 33 77 77

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70

128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70

GSM : 06 50 43 56 24

KAMILI Bouchairi  
KAMILI Bouchairi  
pharmacie Ouled Hizia  
124, Bd Mohammedia Berrechid  
Tél: 0522 33 73 51  
INPE: 062241295

17 AVR. 2020

57.70



Bédeux

1 - 0 - 1  
Aut Rép

46.90  
104.60



Acti-savonide

1 - 1

Dr. ESSOUBI Abderrahim  
128, Bd Mohammedia Berrechid  
Tél: 0522 33 73 70  
06 60 43 58 34

# NALGESIC® 300 mg

Comprimés pelliculés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Ce médicament contient des informations importantes pour votre sécurité.

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

La substance active est :

Fénopropofène (sous forme de fénopropofène calcium) ..... 300,00 mg

Pour un comprimé pelliculé

Les autres composants sont : amidon, hydrogénophosphate de calcium dihydraté, stéarate de magnésium, acide stéarique, Amberlite XE-88, Opadry Y 1.7000, talc.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Comprimé pelliculé, boîte de 12 et 36.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Anti-inflammatoire non stéroïdien.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 15 ans dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

## ATTENTION ! DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ne pas utiliser NALGESIC® 300 mg, comprimé pelliculé, dans les cas suivants :

- Au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'anémorthèse) ;
- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine ;
- Antécédents d'allergie à l'un des constituants du comprimé ;
- Ulcére de l'estomac ou duodénum en évolution ;
- Maladie grave du foie ;
- Maladie grave des reins ;
- Maladie grave du cœur ;



médecin en cas :

- D'antécédents d'asthme associés à une maladie chronique ou des polypes du nez entraînant une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- De prise d'un traitement anti-coagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves.
- D'antécédents digestifs (hémorragie digestive, hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien) ;
- De maladie du cœur, du foie, des reins ;
- D'infection. La surveillance médicale doit être renforcée ;
- De varice. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

En cours de traitement, en cas :

- D'hémorragie gastro-intestinale (rejet de sang par la bouche ou dans les selles, coloration des selles en noir) ;
- De signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment une crise d'asthme, une gêne respiratoire ou un brusque gonflement du visage et du cou.

**ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.**

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou si vous avez pris récemment un autre médicament, notamment des anti-coagulants oraux, d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens y compris l'aspirine et ses dérivés, de l'héparine, du lithium, du méthotrexate (à des doses supérieures à 15 mg par semaine), même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

**GROSSESSE - ALLAITEMENT**  
D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA

**GROSSESSE ET DE L'ALLAITEMENT,  
DE TOUJOURS PREVENIR VOTRE  
MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN  
AVANT DE PRENDRE UN MEDICAMENT.  
Grossesse**

À court du premier trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1<sup>er</sup> jour de vos dernières règles), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à prescrire ce médicament.

De 2,5 à 5 mois de grossesse risque faible et en d'aménorrhée, ce médicament de ce que sur les conseils

prise brève. Il

médecin puis de grossesse risque (au-delà de

14 semaines d'aménorrhée), vous ne devez en aucun cas prendre ce médicament, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur le plan cardio-pulmonaire et rénal et cela même avec une seule prise.

Si vous avez pris ce médicament alors que vous étiez enceinte de plus de cinq mois révolus, parlez à votre gynécologue obstétricien afin qu'une surveillance adaptée vous soit proposée. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## Allaitement

Ce médicament passe dans le lait maternel. Par mesure de précaution, il convient d'éviter de l'utiliser pendant l'allaitement.

## CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

La prise de ce médicament peut entraîner une somnolence et dans de rares cas des vertiges et des troubles de la vue.

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

**DANS TOUTES LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## POSLOGIE

RESERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT A PARTIR DE 15 ANS

La posologie usuelle est de 1 comprimé à 300 mg à renouveler en cas de besoin (3 à 4 fois par jour).

En cas de douleurs ou de fièvre plus intenses, il est possible de prendre une dose initiale de 2 comprimés soit 600 mg.

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Avaler le comprimé avec un grand verre d'eau, sans le croquer, de préférence au cours des repas.

**CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSSAGE**

Si vous avez pris  
comprimé (surdosé)  
TOUT MEDICAMENT,  
CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER  
DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS.

- Pouvez survenir des réactions allergiques :
  - Cutanées : éruption sur la peau, démangeaison, œdème, urticaire, aggravation d'urticaire chronique. Exceptionnellement : lésions cutanées bulleuses sur tout le corps, et parfois sur les muqueuses, de type ampoule ou cloque.
  - Respiratoires : de type crise d'asthme.

- Générales : brusque gonflement du visage et du cou avec gêne respiratoire (œdème de Quincke), choc allergique.

Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie gastro-intestinale. Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.

• Exceptionnellement, des infections graves de la peau ont été observées en cas de varicelle.

Dans tous ces cas, il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

- Au cours du traitement, il est possible que surviennent :

- des troubles digestifs : maux d'estomac, vomissements, nausées, diarrhée, constipation, - d'autres effets liés au médicament : somnolence, vertiges ou maux de tête, rares troubles de la vue.

- certains effets sur les reins : diminution importante des urines, insuffisance rénale. Plus fréquemment sont observés :

dysurie, cystite, hématurie, œdèmes périphériques. Dans tous ces cas, il faut avertir votre médecin.

• Exceptionnellement, ont été observées des modifications du bilan hépatique ou de la formule sanguine (baisse des globules blancs ou des globules rouges) pouvant être graves.

**SIGNALER À VOTRE MEDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.**

## CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement externe. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

**SOTHÉMA**  
Fabriqué par les Laboratoires SOTHÉMA  
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura  
Maroc

PER

LOT

P.P.V

mg

30

comprimés

pelliculés

VITANEVRIL® FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

السواء .....  
قائمة السواغ الذي من الويب .....  
عند بعض المرضى: الالكتوز والسكرون

6

118000

180593

3

3. الصنف الصيدلي والعلاجي:  
ينتسب بنفيوتامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على  
الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:

- علاج البرد .....  
- العلاج .....  
- الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في

المثال :

سوء الامتصاص،  
بالحقن، و

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

ملغ 100



28480

ملغ



ستعمال هذا الدواء  
اتها مجددا.  
ي شوك. استشر

بجدو بك إعطاؤه  
يم مثل عوارضك

100 ملخ .....  
يكتي لقرص واحد  
ستعمال بدون خطر

عند بعض المرضى:  
الصنف الصيدلي والعلاجي:

ينتسب بنفيوتامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على  
الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:  
- علاج البرد .....  
- العلاج .....  
- الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في

المثال :

سوء الامتصاص،  
بالحقن، و

فراط في الجرعة:  
بان أو الإفراط في الجرعة:

كاف الخارجى

BEDELIX 3G  
SACHETS 830

P.P.V : 875H76

6 118000 010234

LOT : 8MA193  
PER : 04 2023

IMPRISEEL 10/8/10/5 X 120/ mm

57170

فراط في الجرعة:

بان أو الإفراط في الجرعة:

كاف الخارجى

352125-06

63,40