

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-489431

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42219 Société : Z.A. 17

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Bennani Azeddine

Nom & Prénom : Bennani Azeddine

Date de naissance : 26.11.57

Adresse : 173 Rgd. KENZA N°3 HAY NASSIR

Tél. : 06.7.8.4003

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : Bennani Azeddine

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Récidive

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 : Fait Signature de l'adhérent(e) : Le : 03/03/23

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
01/10/23				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUADEY HICHAM Tel: 0522 89 68 89 Nassim Lmasfa, Imme 400 Ojet Yasmine - Casablanca	01/10/23	393,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

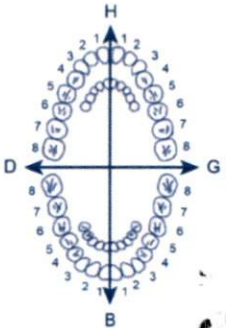
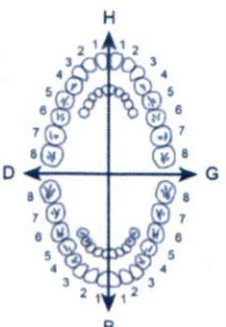
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

ORDONNANCE

PHARMACIE QUADOUDY
Dr QUADOUDY HICHAM
Tél: 0522 89 68 89
Hay Nassim Lmasfa, Imme 400
Projet Yasmine - Casablanca
168,20

....., Le : 02/03/2022

Nom : Rhanni

Age : 42 ans

0 Anesthésie

48,70 2 2 2

2 folypur 20
3 1 2 2

45,00

2 2 2

22,20

2 2 2 2

49,50 2 2

2 2 2 2

393,60 2 2 2



Cachet

Date de prochaine visite:

Docteur Abdelhak SABBAGH
Médecin Généraliste
N. H. Galla Road Point Faraj - Casablanca
Cabinet : 6665 43 51 - Médecin : 0522 74 10 10
Email : sabbagh@casablanca.ma



AUGMENTIN 500 mg/125 mg, ADULTES, poudre pour suspension
buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62.5 mg ADULTES, comprimé pelliculé
Amoxicilline/acide clavulanique



poudre pour suspension
buvable en sachet



1g/125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

..... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

OPU: 168,20 DH

LOT: 650353

PER: 08/24



En c
AUG
Ann
Adm

En c
AUG
Dams
l'inté
un a
Rilex
AUGM
notar,
Lorsqu
Tests san
Si vous e
fonctionn
le médi

sur les f

Autres médicaments et AUGMENTIN :

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez
prendre tout autre médicament.

Si vous prenez de l'allopurinol (en traitement de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de
réaction cutanée allergique est plus élevé.

SOLUPRED 20 mg

comprimé effervescent

Prednisolone

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre santé.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de la maladie ne sont pas encore apparus.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, consultez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE SOLUPRED 20 mg, comprimé effervescent ?

Classe pharmacothérapeutique : GLUCOCORTICOÏDES.
Code ATC : H02AB06 (H. Hormones non sexuelles).
Ce médicament est un corticoïde (également appelé glucocorticoïde).

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant. Ce médicament est utilisé dans certaines maladies inflammatoires.
Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections.
À fortes doses, ce médicament diminue les réactions de l'organisme.
À fortes doses, ce médicament diminue les réactions de l'organisme.
À fortes doses, ce médicament diminue les réactions de l'organisme.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à l'un des composants, ne prenez pas ce médicament.

Ne prenez jamais SOLUPRED 20 mg, comprimé effervescent, si :

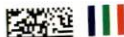
- Si vous êtes allergique à la substance active (prednisolone) ou à l'un des composants du médicament.
- Si vous avez une infection.
- Si vous souffrez actuellement d'une maladie virale (comme la grippe, la rougeole, la varicelle, la zona, etc.).
- Si vous avez des problèmes mentaux et que vous n'êtes pas capable de prendre ce médicament.
- Si vous devez être vacciné par un vaccin vivant (par exemple, le vaccin contre la rougeole, la varicelle, etc.).

Précautions d'emploi :

Le traitement doit être pris sous une stricte surveillance médicale.

Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 10 kg et par conséquent chez les enfants de moins de 10 ans.

Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 10 kg et par conséquent chez les enfants de moins de 10 ans.



OPEN

20 comprimés effervescents

Voie orale

Prednisolone

Solupred® 20mg

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول (أ) (لائحة I)

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1.

Ain sebaï Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V. : 48,70



Lisez attentivement l'intégralité de cet
Elle contient des informations importantes
Si vous avez d'autres questions, si vous
d'informations à votre médecin ou à votre
Gardez cette notice, vous pourriez avoir

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

NAZAIR® 50µg/dose, suspension
Dénomination

Forme pharmaceutique et présentation

Suspension pour pulvérisation nasale

doseuse assurant 100 doses de 50 µg

Propionate de fluticasone (DCI)

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose

sodium, chlorure de benzalkonium

purifiée, q.s.p. une pulvérisation.

Classe pharmaco-thérapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE

Indications :

Ce médicament contient un corticoïde

C'est un médicament anti-inflammatoire

• en traitement de la rhinite allergique

• uniquement en traitement de la rhinite

• enfant de 4 à 12 ans.

• pour soulager les symptômes liés

chez l'adulte.

3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER

Contre-indications :

Ne prenez jamais NAZAIR® 50µg/dose

dans les cas suivants :

• allergie à l'un des composants,

• trouble de la coagulation sanguine

• en cas d'infection herpétique nasale

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

interactions médicamenteuses et

Si vous prenez ou avez pris récemment

médicament obtenu sans ordonnance

pharmacien.

LOT: GA10506
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00

Cipla
Étiquette



Cipla
NAZAIR

En cas de traitement prolongé, un
traitement, consultez votre médecin
Si l'obstruction nasale (sensation de
Il convient par conséquent de se mouvoir
Pour que ce médicament soit actif, les fo
symptômes ne peut apparaître que plus
Ce médicament est un traitement
Précautions d'emploi :

En cas de traitement prolongé, un
traitement, consultez votre médecin
Si l'obstruction nasale (sensation de
Il convient par conséquent de se mouvoir
Pour que ce médicament soit actif, les fo
symptômes ne peut apparaître que plus
Ce médicament est un traitement
Précautions d'emploi :



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol.....	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté.....	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base)	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon	

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHER

DANS QUELS CAS UTILISER CE MED

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à sévère, avec ou sans fièvre, par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ sans l'avis de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3664

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMÉS SÉCABLES



6 118000 040217



المصري الصيدلانية
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot: 220222

A consommer

de préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,50 DH