

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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La signature de l'adhérent au bas de la page de déclaration, au bas de la page de la déclaration de maladie et au bas de la page de l'attestation de l'entente préalable

est obligatoire.



Déclaration de Maladie

N° W19-485867

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

3475

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mohamed JISMANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

KHADIJUI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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 éléments de nature confidentielle 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 :

2019

Signature :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VOLET ADHERENT

P17 / 0062141


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

Mle

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces jointes

Durée de validité de cette feuille est de ⁽¹⁾ trois mois

Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



P17/0062141

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <u>3475</u>	Signature de l'adherent															
Nom & Prénom																		
Fonction	Phones																	
Mail																		
MEDECIN	Prénom du patient <u>CHAIBAT</u>																	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age															
Nature de la maladie		Date <u>02/09/19</u>																
Date 1ère visite																		
<p><u>Asthme</u> - <u>Arthralgie</u></p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>																		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																
		<u>200,00</u>																
PHARMACIE	Date <u>02/09/19</u>																	
Montant de la facture		<p><u>323.00</u></p> <p><u>AA</u></p>																
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date</p> <p>Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires</p>																		
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX Date</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires														
AM	PC	IM	IV															

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Paris

خريجة كلية الطب بباريس

Médecine Générale
& Maladies de l'Appareil Digestif

الطب العام
وأمراض المعاذ الهضمي

Khenchela
Casablanca le

02/09/19

الدار البيضاء في:
El Ksour
Rue 1, N° 05
Casablanca
El Ochock

PHARMACIE ATTIA
El Ksour
Rue 1, N° 05
Casablanca
El Ochock

320 P. tyl

× 3

270 Spofix

× 3 150 (23)

196 D. Cane 100ml

ni dans.

× 3 ml

160 Stimul

LOT : 0244
PER : 07 2022
PPV : 46.000H

120.00 Rilatium 3.5

ml

28.22 T. new

314

323.00

Dr. LARAQUI BENMOUSSA BADIA
Médecine Générale
& Maladies de l'Appareil Digestif
Rue 1, N° 05
Casablanca
El Ochock
Tél. 05.22.21.22.49 - C. 05.22.36.68.50

PECTRYL®

(Bromhexine - Sulfogaiacol)

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Sirop : Flacons de 150 ml et 250 ml

COMPOSITION CENTESIMALE

Chlorhydrate de Bromhexine

Sulfogaiacolate

Excipient aroma

CLASSE PHAR

Mucolytique

DANS QUELS

Ce médicament

Il facilite leur év

Ce médicament

des bronchites

Ce médicament

DANS QUELS

Ce médicament

- Hypersensibil

- Aspartam : cor

- Nourrisson de

EN CAS DE DO

OU DE VOTRE

MISES EN GAR

De très rares ca

Johnson ou de Lyell, un

des lésions de la peau ou des

à base de Pectryl® et consultez

il est conseillé de ne pas prendre

sécrétions bronchiques durant

En raison de la présence

galactosémie congén

déficit en lactase.

Le taux de sodium est inf

Ce médicament contient de

allergiques (éventuellement)

Ce médicament contient de très faible

0,0485 mg/cuillerée à café).

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUT

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse sauf en cas de nécessité absolue. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre le traitement.

Allaitement

La bromhexine passant dans le lait maternel, Pectryl® ne devrait pas être pris pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS AYANT UN EFFET NOTOIRE

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

250 ml



Gélule
Voie orale

Relaxium B6

Deva
Pharmaceutique

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Relaxium B6 150

Oxyde de magnésium marin 260 mg
équivalent en magnésium 150 mg
Vitamine B6 1 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 300

Oxyde de magnésium marin 520 mg
équivalent en Magnésium 300 mg
Vitamine B6 2 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Relaxium B6 150 : Gélule. Boite de 20 et 60

Relaxium B6 300 : Gélule. Boite de 15 et 30

PROPRIETES

Relaxium B6 contient du magnésium et de la vitamine B6.

Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire. Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage.

La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Relaxium B6 150

Prendre 2 gélules par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 300

Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Relaxium B6 150 / Autorisation ministère de la santé n° :DA20181805321DM

Relaxium B6 300 / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DN

LOT: 190118
DLUO: 03/2022
87,00DH

Spasfon® 80 mg

Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

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'informations 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.

COMPOSITION :

Phloroglucinol hydraté 80.000 mg

Quantité correspondant en Phloroglucinol anhydre ... 62.233 mg

Triméthylphloroglucinol 80 mg

Pour un comprimé enrobé

Les autres composants sont : lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

Excipients à effet notoire : lactose, amidon de blé, saccharose

FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimé enrobé Boîte de 30

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A: appareil digestif et métabolisme)

(G: système génito-urinaire)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais Spasfon®, comprimé enrobé :

- en cas d'allergie à l'un des composants.
- en cas d'intolérance ou d'allergie au gluten, en raison de présence d'amidon de blé (gluten).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI:

Mises en garde

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). L'association de phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

Précautions d'emploi

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



INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PRÉCÉDENT ET ALLAITEMENT :

risagée
nseillée
à votre
nt.

N:
suivant
ou les
Vérifiez
cas de

La durée
indication.
e médecin.

27/10



Précautions :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, Spasfon®, comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet:

• Manifestations cutanéomuqueuses et allergiques: éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

CONDITIONS DE CONSERVATION :

Aucune condition particulière de conservation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Ne pas utiliser Spasfon®, comprimé enrobé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Date de la notice : Janvier 2018

LOREUS® 5 mg

Desloratadine

Comprimé pelliculé, Boîte de 7, 15 et 30

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'informations 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 pourra donner
- Si l'un des effets indésirables devient gênant, dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Composition du médicament :

Desloratadine
Pour un comprimé pelliculé.

5 mg

Les autres composants sont :

Lactose anhydre, cellulose microcristalline
eau purifiée, opadry bleu.

ésium,

Excipients à effet notoire : Lactose anhydre.

Classe pharmaco-thérapeutique ou pharmacodynamique :

LOREUS® 5mg comprimé pelliculé est un
Il aide à contrôler votre réaction allergique.

anolent.

Indications thérapeutiques :

LOREUS® 5mg est indiqué chez l'adulte et l'adolescent de 12 ans et plus.

LOREUS® 5mg soulage les symptômes associés à la rhinite allergique (inflammation nasale provoquée par une allergie, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie aux acariens) chez les adultes et adolescents de 12 ans et plus. Ces symptômes comprennent les éternuements, le nez qui coule ou qui démange, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, qui sont rouges ou larmoyants.

LOREUS® 5mg est aussi utilisé pour soulager les symptômes associés à l'urticaire (atteinte cutanée provoquée par une allergie). Ces symptômes comprennent les démangeaisons et éruptions urticariennes. Le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et vous aide à poursuivre vos activités quotidiennes normales et préserve votre sommeil.

Posologie :

Adultes et adolescents (12 ans et plus) : prendre un comprimé une fois par jour.

Avalez le comprimé en entier avec de l'eau, au moment ou en dehors des repas.

Mode d'administration :

Voie orale.

Durée de traitement :

Concernant la durée du traitement, votre médecin déterminera le type de rhinite allergique dont vous souffrez et déterminera la durée pendant laquelle vous devrez prendre LOREUS® 5mg.

Concernant l'urticaire, la durée du traitement peut être variable d'un patient à l'autre et vous devez donc suivre les instructions de votre médecin.

Fréquence d'administration :

Si votre rhinite allergique est intermittente (présence de symptômes sur une période de moins de 4 jours par semaine ou sur une période inférieure à 4 semaines), votre médecin vous recommandera ce traitement pour une durée qui dépendra de l'évaluation des antécédents de votre maladie.

Si votre rhinite allergique est persistante (présence de symptômes sur une période de 4 jours ou plus par semaine et pendant plus de 4 semaines), votre médecin peut vous recommander ce traitement pour une durée plus longue.

Contre-indications :

Ne prenez jamais LOREUS® 5mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la desloratadine, à l'un des autres composants contenus dans LOREUS® 5mg, ou à la loratadine.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous ressentez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et consultez d'urgence un médecin.

Fréquent : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10

- fatigue,
- sécheresse de la bouche,
- maux de tête,

Très rares : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000

- réactions allergiques sévères,
- éruption cutanée,
- battements du cœur irréguliers ou plus intenses,
- battements du cœur rapides,
- douleur d'estomac,
- nausées,
- vomissements,
- pesanteur d'estomac,