

# 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 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

N° W19-477043

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>1694</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>AKRAM</u> <u>ABDELMAJID</u>		
Date de naissance : <u>21/01/1949</u>		
Adresse : <u>LOT LAIMOUNE - LISSASSFA - NR 469 - CASABLANCA -</u>		
Tél. : <u>06 39 25 59 79</u> Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	<u>21 OCT. 2019</u>
Nom et prénom du malade :	<u>AKRAM</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<u>TM</u> 
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 22/10/2019

**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
21 OCT 2019 C 30		400		INP : BB KU 82 00000000 <i>Docteur Abdelhalim 75, Rue Taha Haucine (A. rue galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL HACHEM</i>	21/10/19	1871,30
	22/10/19	49,20

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

VOLET ADHERENT

**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 canalaire, ainsi qu'en cas de dents cassées.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
D	00000000
	00000000
B	35533411 11433553
G	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT**

**Docteur Abdelhalim OTARID**  
**NEURO-PSYCHIATRE**  
 Expert diplômé de  
 L'Université René Descartes (Paris)

**الدكتور عبد الحليم عطارد**  
 أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية  
 خبير خريج  
 جامعة روني ديكارت (باريس)

Casablanca, le

21 OCT. 2019

الدار البيضاء، في

**AKRAM**

**Assouad**

**318,00x4**

**18.11.20**

1) Dexyphrine 10 mg (ou clon 10 mg)

13,80x4

19 l 8m

2) Hcl Clorazepate 25 mg

20 gél l 8m

32,90x5

3) Diazepam 5 mg 16 gél l 8m

56,60x6

4) Stilnox 10 mg (ou noctezol 10 mg)

40,00 au complément

5) Lactal 16 mg

16 gél au complément

Traitement à dt 3 mois

**Docteur Abdelhalim OTARID**  
**Neuro-Psychiatre**  
 75, Rue TAHA Houcine (Ex. Rue Galilée)  
 Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

# أو-لين®

أولادزيبن

عن طريق الفم

PPV: 318,00 DH

# أو-لين®

أولادزيبن

10  
مع

عن طريق الفم

PPV: 318,00 DH

# أو-لين®

أولادزيبن

10  
مع

عن طريق الفم

PPV: 318,00 DH

# أو-لين®

أولادزيبن

10  
مع

عن طريق الفم

PPV: 318,00 DH

28

قرصاً  
متحللاً

O-Line® 10 mg ○  
Olanzapine

28 Comprimés Orodispersibles



6 118001 271566

# Codoliprane®

#### **PARACETAMOL ET CODEINE**

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### **EDUCATIONAL COMPOSITION**

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

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

BRV:22DH20

REF. 03/21

LOT: 1763

## **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

### **ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE**

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.



DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

**CE MEDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas de:**

- 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 GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire 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 MEDECIN  
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.

#### **PRÉCAUTION 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'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, NOTAMMENT AVEC LA BUPRÉNORPHINE, LA NALBUPHINE OU LA PENTAZOCINE, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A 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).



phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg



#### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

##### **Dénomination**

SPASFON, comprimé enrobé

##### **Composition**

Phloroglucinol hydraté .....	80,000 mg
quantité correspondant en phloroglucinol anhydre à ....	62,233 mg
Triméthylphloroglucinol .....	80,000 mg

pour un comprimé enrobé

Excipients : Lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E 127), cire de carnauba

##### **Forme pharmaceutique**

Comprimé enrobé

Boîte de 30

##### **Classe pharmaco-thérapeutique**

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE  
(A : appareil digestif et métabolisme)  
(G : système génito-urinaire)

##### **Nom et adresse de l'exploitant**

Cephalon France  
20 rue Charles Martigny  
94700 MAISONS-ALFORT (France)

#### DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

#### ATTENTION !

##### **Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ

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

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

##### **Mises en garde spéciales**

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 ANTALGICS 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 MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.  
NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.*

##### **Interactions médicamenteuses et autres interactions**

*AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.*

##### **Grossesse - Allaitement**

*L'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire. L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme enceinte.*

D'UNE  
GROSSE  
L'AVIS E  
D'UTILIS

Excipient  
Amidon  
Saccharo

COMME

Posologie  
6 comprim

Mode et ve  
Voie orale

##### **EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS**

*COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :*

- Manifestations cutanéo-muqueuses et allergiques : éruption, réaction urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

*SIGNEZ A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.*

##### **CONSERVATION**

*NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITÉE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.*

Fabriqué Par :

ZENITH Pharma

96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir - Maroc  
Dr M.EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

Sous licence :

Cephalon

13,80

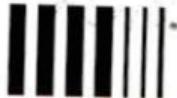
2 mg/ml, solution b

Lot:

Per.:

P.P.V.:

13,80  
13,80



### EDICAMENT

solution buvable en gouttes  
**LITATIVE / COMPOSITION QUAT**

lactique, parahydroxybenzoate

vable = 20 gouttes = 2 mg d'halopéridol

### ACEUTIQUE

en gouttes.

Boîte de 1 flacon, compte gouttes de 15 ml (300 gouttes)

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BUTYROPHENONE

(N : Système Nerveux)

### 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certains troubles du comportement ainsi que lors des vomissements survenant après une radiothérapie.

### 3. ATTENTION !

#### a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans le cas où l'halopéridol ou à l'un de

science due à l'alcool ou à l'un de certaines structures du

aminergiques (amantadine, nagonide, lisuride, pergolide, pramipexole, apomorphine) parkinsonien.

NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

13,80

Lot:

Per.:

P.P.V.:

13,80  
13,80



13,80

Lot:

Per.:

P.P.V.:



Lot:

Per.:

P.P.V.:

13,80  
13,80







# LECTIL® 16 mg

**Composition :**

Béthahistine (DCI) dichlorhydrate ..... 16 mg  
Excipients (dont lactose) q.s.p. ..... 1 comprimé sécable

**Propriétés :**

ANTIVERTIGINEUX (N : système nerveux central).

**Indications thérapeutiques :**

Traitemen symptomatic du vertige itératif avec la s

**Contre-indications :**

- Hypersensibilité à l'un des composants de ce médicament
- Ulcère gastroduodénal en poussée.
- Phéochromocytome

**Effets indésirables :**

Il a été rapporté, très rarement, des cas de gastralgies.

**Précautions d'emploi :**

Chez les asthmatiques, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière (risque bronchoconstriction).

La prise du médicament au milieu des repas permet d'éviter des gastralgies.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de la malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

**Grossesse :**

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la bétahistine pendant la grossesse.

**Allaitement :**

L'allaitement est déconseillé pendant la prise de bétahistine.

**Surdosages :**

Symptômes analogues à ceux provoqués par l'histamine.

Administrer un traitement antihistaminique.

**Mode d'emploi et posologie :**

la posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé 3 fois par jour, sans dépasser 3 comprimés soit 48 mg de bétahistine par jour.

La durée du traitement recommandée est de 2 à 3 mois, à renouveler éventuellement, suivant l'évolution de la maladie, en cures continues ou discontinues.

Les comprimés doivent être avalés sans être croqués avec un verre d'eau au cours des repas.

**Forme et présentation :**

Boîte de 30 Comprimés sécables

**Liste I (Tableau A)**

PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
S/L BOUCHARA-RECORDATI

40,00

22/10/2019

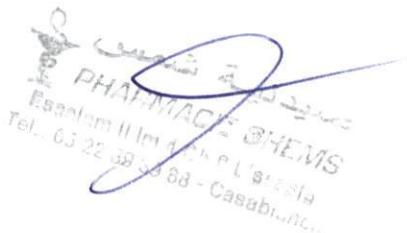
PHARMACIE CHEMS / CASABLANCA  
 ASSALAM II IM 4 GH 8 LISSASFA  
 ICE:0004906620000065  
 RC:318708 IF:50821130 PAT:36215310  
 INPE:092018704 TEL:0522893988

## F A C T U R E N° 38

CLIENT : AKRAM ABDELMAJID

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	CODOLIPRANE CP.BT/16	22.20	22.20
1	SPASFON CP.BT/30	27.50	27.50
MONTANT FACTURE			49.70

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 QUARANTE NEUF DIRHAMS 70 CTS



PHARMACIE CHEMS  
 Assalam II Im 4 Gh 8 Lissasfa  
 Tel: 0522893988 - Casablanca