

## 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

- 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**

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

## Declaration de Maladie

N° W19-516940

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **2257**

Matricule : **543** Société : .....

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : .....

Nom & Prénom : **ELWELDIRHI Abdelilah**

Date de naissance : **22/01/1961**

Adresse : **125 Rue Larache Hay Salam Casablanca**

Tél. : **0661461455** Total des frais engagés : **750,40 DH**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... **22 FEB 2020** Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident, précisez 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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le : **22/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances. ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 804154

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M. EL Oueddini Abdelilah  
Matricule : 5413 Fonction : CDR Poste : BOA  
Adresse : 12 Rue Larache Hay Salam  
Tél. : 06 46 14 15 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL Oueddini Abdelilah Age : 45  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 02/11/2002  
Nature de la maladie : Pharyngite + toux chronique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : non applicable  
A Casablanca le 02/11/2002  
Durée d'utilisation 3 mois

**Docteur MOUTAMMIL Z.**  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Centre Commercial Nadia - Im 4  
Bd. Brahim Boukhalil - 0522 98 88 54  
INPE: 091114637  
Signature et cachet du médecin

## VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 804154

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



MUPRAS



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
02/11/2019		2	250,00	<b>Docteur MOUTAMMIL Z.</b> Spécialiste des Maladies Respiratoires Centre Commercial Nadia - Imm. 4 Bd. Brahim Roudani 90522 98 88 54 INPE: 091114637

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. Abderrahim RABBAH</b> Pharmacie RESIDENCE NADIA Centre Commercial Nadia 281, Bd. Brahim Roudani Tél: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56	02/11/2019	500,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Zoubida MOUTAMMIL**

SPECIALISTE EN PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Maladies Respiratoires - Tuberculose

Asthme - Allergie Respiratoires

DIPLÔMÉE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Faculté de Médecine de RENNES

**الدكتورة متميل زبيدة**

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - السل - الضيقة

أمراض الحساسية

حاملة شهادة في طب الشغل

كلية الطب برانس

Casablanca, le 2/11/2019 في الدار البيضاء،

Mr El Ouelhlim Abdelilah

US30

1- Ventoline

regime peu sale

2 à 4 bouffes à la demande

584 0 Solupred 20 (Cp eff)

2 cp 1/2 / j le matin après le petit  
déjeuner pendant 6 j

8370

Roxolid 300


fa 1 cp / j après un repas

2004 1 cas x 3 / j après repas

Dr. Abderrahim RABBAH  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56



1192 Phlegmon Eucalyptus

2 pulv / narine  3 1/2 - Se mouche  
après -

1151 Aveny

2 pulv / narine le matin

**Docteur MOUTAMIL Z.**  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Centre Commercial Nadia - Imm 4  
Bd. Brahim Rouéant ☎ 0522 22 22 44  
INPE: 091174637



Dr. Abderrahim EL BOUAB  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Rouéant  
Tél: 05 22 23 72 65 - Fax: 05 22 23 72 56

Dr. Abderrahim EL BOUAB  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Rouéant  
Tél: 05 22 23 72 65 - Fax: 05 22 23 72 56

# Solupred® 20 mg

Prednisolone  
Comprimé effervescent



sanofi aventis

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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.

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### Composition

Métasulfobenzoate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.  
Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.  
Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium

### Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20)

### Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE  
(H : Hormones systémiques non sexuelles)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

### ATTENTION !

**Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament**

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

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

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

### Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

### AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents

**Solupred® 20 mg**  
20 Comprimés effervescent



6 118000 060536

les régions

l'Europe,

parasitaire

La prise de

le sultopride

système ne

attenué es

médicame

PENDANT

Eviter le co

ou de rou

En cas de

brutaleme

recommen

diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant

prévenir le médecin

58,40

**Solupred® 20mg**

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



**VENTOLINE 100 mcg**

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

Pr  
Pe  
vou  
pai  
sod  
EN  
L'AV  
PHA

Lot

EXP

8T9C

02 2021

## Interactions médicamenteuses et autres

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

**AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**

## Grossesse - Allaitement

### Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin

# ROXOLID® 150 et 300 mg, Comprimé pelliculé

(DCI : Roxithromycine)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et vos risques.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT :

Dénomination :

ROXOLID® 150, Comprimé pelliculé.

ROXOLID® 300, Comprimé pelliculé.

Composition :

Roxithromycine (DCI).....

ROXOLID® 150  
150,00mg

Excipients :

Liste des excipients à effet notoire :

Glucose.

Formes pharmaceutiques :

ROXOLID® 150. Comprimé pelliculé. Boîte de 10.

ROXOLID® 300. Comprimé pelliculé. Boîte de 7.

Classe pharmaco thérapeutique :

Antibiotique antibactérien de la famille des macrolides (J : anti-infectieux).

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

## 3. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- allergie connue aux antibiotiques de la famille des macrolides, ou à l'un des constituants du produit,
- association avec :

- les dérivés de l'ergot de seigle : l'ergotamine et la dihydroergotamine (médicaments de la migraine),
- le cisapride (médicament anti-reflux).

- en cas d'insuffisance hépatique, le dosage de 300mg est contre-indiqué, ainsi que chez l'enfant.

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

## Mises en garde spéciales et Précautions d'emploi :

- En cas d'insuffisance hépatique, l'administration de la Roxithromycine n'est pas recommandée.

- En cas d'insuffisance rénale, il n'est pas utile de modifier la posologie, l'excrétion rénale de la molécule étant faible.

- Il n'est pas nécessaire de modifier la posologie chez les personnes âgées.

- En raison de la présence de glucose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

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

## Interactions médicamenteuses :

Associations contre-indiquées : ergotamine, dihydroergotamine, cisapride (cf. contre-indications)

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS et notamment bromocriptine, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

## Grossesse Et Allaitement :

Prévenir le médecin en cas de grossesse ou 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.

## Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

Attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses.

## 4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT DÉLIVRÉ DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

IL NE PEUT ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS,

NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE.

DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MÉDECIN.



LOT : 180324 PER : 02-2020  
PPV : 83,70DH



## Notice : information de

# Avamys®

27,5 microgrammes  
suspension pour  
Furoate de fluticasone



**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier(ère).
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, qu'il soit mentionné ou non dans cette notice, parlez-en à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier(ère). Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ? :

1. Qu'est-ce qu'Avamys et dans quel cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Avamys
3. Comment utiliser Avamys
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Avamys
6. Contenu de l'emballage et autres informations

**Guide d'utilisation du pulvérisateur nasal étape par étape**

## 1. Qu'est-ce qu'Avamys et dans quel cas est-il utilisé ?

Avamys (furoate de fluticasone) appartient à un groupe de médicaments appelés *glucocorticoïdes*. Avamys diminue l'inflammation due à l'allergie (*rhinite*) et par conséquent, réduit les symptômes de l'allergie.

Avamys, suspension pour pulvérisation nasale, est utilisé pour traiter les symptômes de la rhinite allergique : nez bouché, irrité ou qui coule, éternuements, yeux rouges ou irrités, larmolements des yeux, chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans.

Les symptômes de l'allergie peuvent survenir, soit à des moments précis de l'année en rapport avec une allergie aux pollens des graminées ou des arbres (rhume des foins), soit durant toute l'année en rapport à une allergie aux animaux, acariens ou moisissures, pour ne citer que quelques-unes des allergies les plus connues.

## 2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Avamys ?

### N'utilisez jamais Avamys :

Si vous êtes allergique au furoate de fluticasone ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).

### Avertissements et précautions

Si vous avez des problèmes au niveau du foie, informez votre médecin ou votre pharmacien.

### Enfants et adolescents

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 6 ans.

Le traitement par Avamys :

- peut, lorsqu'il est pris pendant longtemps, ralentir la croissance chez l'enfant. Votre médecin vérifiera régulièrement la taille de votre enfant, et s'assurera que celui-ci prend la dose efficace la plus faible.