

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 :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° W19-410118

ND 28803

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : (Jeune Akanour) Mme CHADOU Nezha

Date de naissance :

Adresse : 17, Rue Baalabak Ben jedidat 1^{er} et Ap6

Tél. : 06 99 51 58 95 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2020

Nom et prénom du malade : M'AHDI Akanour Age: 20

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-410118

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 19/20

Nom de l'adhérent(e) : M'AHDI Akanour

Total des frais engagés : 13021518,10

Date de dépôt : 12/03/2020 818,10

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
14 MAY 2020	C	300,00	INP : [REDACTED]	
	S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jacob El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri	14/03/2020	518,10

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jacob El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri 63-65, Bd Yacoub El Mansouri	14/03/2020	163,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr HARMANI Mme LAKHSSI 213, Bd Yacoub El Mansouri Tel: 0522 34 10 00			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

Dr Imane BELAMALLEM

Maitre Es-Sciences Médicales
des Universités Françaises

Spécialiste des Maladies du Poumon
Tuberculose, Maladies allergiques, Asthme
Diplôme National Français de Pneumo-phtisiologie
Diplôme de Diététique Médicale
Diplôme d'Allergologie et d'Immunologie Clinique
Diplôme de Médecine du Travail de San Fransisco
Diplôme d'Ergonomie
Diplôme d'Expertise Médicale et Médecine Légale
Diplôme National Français de Médecine Aérospatiale
Diplôme de Pédagogie des Sciences de la Santé
Member of the American Academy of Allergy Asthma
And immunology

الدكتورة بلمل إيمان

أستاذة في العلوم الطبية
من الجامعات الفرنسية

شهادة الدراسات الخاصة في الجهاز التنفسي.
داء السل، أمراض الحساسيات، الضيقية
شهادة الدراسات الخاصة في أمراض الحساسيات
دبلوم التغذية والحمية
دبلوم الحساسية والضيقية والمناعة
دبلوم في طب الشغل سان فرانسيسكو
دبلوم في الأركونوميا
دبلوم في الخبرة الطبية والطب الشرعي
دبلوم في طب الطيران
دبلوم في بيداغوجيا العلوم الطبية
عضوة في الأكاديمية الأمريكية لأمراض
الحساسية والضيقية

Casablanca, le 14 MAR 2020 الدار البيضاء، في

Akakou - Mahdi

660.00 Ⓛ Aziyane 800
140.00 Ⓛ 3x3g



1h. avant my.



Bersca C.

Immatha - Immatha

18.00 Ⓛ Refex 100.00 Ⓛ 3x1
Dolichume 800



117, شارع رحال المسكيني (مقابل قلعة) - البيضاء - الهاتف: 05 22 31 07 24

Rahal El Meskini (en face VOLVO) - Casa - Tél. : 05 22 31 07 24

W Curtec
88.00 + 2



X 2mg

W Nuval-

29.82 W avant audi

~~518.10~~



~~El image
17. Bd Yacoub El Mansour
Casablanca~~

*Pharmacie Yacoub El Mansour
63-65, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca
Tél. 022 25 04 - 04 - Casablanca*



Comprimé
Voie orale

A base de Fenugrec

Nurax®



Solution buvable
Voie orale

FORME ET PRESENTATION : Comprimé, Boite de 30. - Solution buvable, flacon 200ml

COMPOSITION :

• **SOLUTION BUVABLE** : Extrait hydroglycérique de Fenugrec, calcium, acide ascorbique, tocophérol, nicotinamide, acide panthothénique, pyridoxine, calciférol, riboflavine, thiamine, vitamine A, acide folique, cobalamine, biotine, sirop de fructose, eau déminéralisée, miel de mille fleurs. conservateur : sorbate de potassium, arôme myrtille, érin.

• **COMPRIMÉ** : Fenugrec extrait sec, Gentiane (Gentian) vitamine E, calcium d-panthénol, magnésium, bioxyde de silicium.

Lot: 190480

À consommer
avant le: 07/2022

PPC: 79,80 DH

um aestivum), vitamine C, stéarate de

appétit) et des

PROPRIETES : Nurax® associe vitamines essentielles

UTILISATION :

Adultes et enfants: Stimuler l'appétit.

Femme allaitante: Favoriser la montée de lait



8

AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM

Azithromycine dihydrate

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

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

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

AZIMYCINE 500mg PROMOPHARM, Comprimés enrobés.

Composition :

Azithromycine dihydrate

Exprimé en Azithromycine base..... 500 mg

Excipients :

- Excipients du noyau :

Phosphate de calcium anhydre, povidone, crospovidone, talc, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline

- Excipients d'enrobage :

Hydroxypropylméthylcellulose, lactose de titane, parahydroxybenzoate de 6000.

Forme pharmaceutique :

Comprimé enrobé. Boîte de 3.

2. QU'EST-CE QUE AZIMYCINE COMPRIME ENROBE ET DANS QUOI

Classe pharmaco thérapeutique : Ce médicament est un antibiotique à macrolides.

Indications

Il est indiqué dans le traitement bactériennes à germes sensibles.

3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM COMPRIME ENROBE ?

Ne prenez jamais ce médicament dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à ce médicament, à l'érythromycine ou à tout autre macrolide,
- en cas d'association avec la dihydroergotamine et l'ergotamine (médicaments antimigraineux),
- en cas d'association avec le cisapride (médicament anti-reflux),
- en cas d'association avec la colchicine (traitement de la goutte),
- en cas d'insuffisance hépatique sévère.

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

Faites attention avec AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM comprimé enrobé :

Mises en garde spéciales :

Comme avec d'autres médicaments de cette famille d'antibiotiques, de rares manifestations allergiques graves ont été rapportées; aussi, toute réaction allergique (éruption cutanée, démangeaisons...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à un médecin.

Avant de prendre ce traitement, prévenez votre médecin si à l'occasion d'un traitement antibiotique antérieur vous avez présenté une urticaire ou autres éruptions cutanées, démangeaison, œdème de Quincke (brusque gonflement du visage et du cou d'origine allergique).

Prévenez votre médecin en cas de :

- maladie rénale,
- maladie du foie sévère,
- de symptômes d'ordre hépatique tels que fatigue, urines foncées, saignements, modifications de l'état de conscience et du comportement,
- allongement de l'intervalle QT congénital ou documenté (anomalie observée sur l'électrocardiogramme),
- hypokaliémie, hypomagnésémie,
- bradycardie,
- insuffisance cardiaque,
- traitement concomitant avec des traitements allongeant l'intervalle QT (traitement antibiotique, traitement antifongique, antiarythmiques de classes IA et III, cisapride et terfénadine ...),
- diarrhée sévère,
- myasthénie.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament en association avec la imine, le cisapride et la colchicine (voir MYCINE 500 mg PROMOPHARM).

Il faut signaler systématiquement tout changement de traitement à votre médecin ou à votre pharmacien. Il faut également signaler systématiquement tout changement de régime alimentaire et les boissons.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant les trois premiers mois de la grossesse. A partir du début du 4^{ème} mois de la grossesse, ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines

Sans objet.

Liste des excipients à effet notoire

Lactose monohydraté.

4. COMMENT PRENDRE CE MEDICAMENT ?

Instructions pour un bon usage

Doli® rhume, comprimé

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL	Pour un comprimé
Chlorhydrate de pseudoéphédrine	500,00 mg
Quantité correspondant à pseudoéphédrine base	30,00 mg
Excipients : amidon de blé, amidon de pomme de terre, carboxyméthylamidon sodique, lactose, stéarate de magnésium.	24,57 mg

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé - Boîte de 16

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE périphérique / ANTIPYRETIQUE

DECONGESTIONNANT NASAL par voie systémique (R : Système respiratoire).

Ce médicament est une association d'un principe actif ANTALGIQUE (il calme la douleur) et ANTIPYRETIQUE (il fait baisser la fièvre) et d'un VASOCONSTRICTEUR NASAL par effet alpha-sympathomimétique (il débouche le nez).

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol et de la pseudoéphédrine.

Il est indiqué dans le traitement de courte durée des sensations de «nez bouché» avec maux de tête et/ou fièvre, au cours des rhumes de l'adulte à partir de 15 ans.

ATTENTION

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans

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

- Allergie à l'un des constituants du produit
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de
- Antécédents de con
- Hypertension artérielle
- Insuffisance coronai
- Maladie grave du fo
- Maladie grave du co
- Risque de glaucom
- Risque de rétention
- En association avec

Ce médicament NE D
cas suivants :

- Traitement par la gua
- Pendant la grossesse
- Pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE IL E
PHARMACIEN.

PPV: 18DH30

PER: 01/23

LOT: J269



ner)

se votre médecin, dans les

elle,

RE MEDECIN OU DE VOTRE

MISES EN GARDE SPECIALES

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.

Ce médicament est réservé à l'adulte à partir de 15 ans.

Vous devez interrompre le traitement en cas de sensation d'accélération du cœur, palpitations, nausées.

Excipient à effet notoire : Lactose

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

PRENEZ CONSEIL DE VOTRE MEDECIN, afin qu'il adapte votre traitement :

- En cas de hypertension (hypertension artérielle, hypertension de la moitrine ou d'hypertension artérielle), de maladie de la thyroïde

CONSEILS

- d'économie
- de précaution

En cas de:

INTERACTIONS

AFIN

antidiabétiques

EN CAS

PPC: 89,00 DH

CB00076

EXP: 05/2022

Curtec®

Cétirizine
10 mg

COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

CLASSE PHARMAC

Antihistaminique H1.

DANS QUELS CAS

Ce médicament est destiné à traiter les symptômes suivants :
Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes suivants :

- de la rhinite allergique
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes suivants :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

PPV: 88DH00

PER: 05/22

LOT: I1112

de certaines
de l'allergie).



COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévodéterizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



Curtec®

Cétirizine
10 mg

COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

CLASSE PHARMAC

Antihistaminique H1.

DANS QUELS CAS

Ce médicament est
substances telles qu'
Il est préconisé :

Chez l'adulte pour tra

- de la rhinite allergique

- de l'urticaire,

- des conjonctivites d'origi

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,

- de l'urticaire.

PPV: 88DH00

PER: 05/22

LOT: I1112

de certaines
de l'allergie).



COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévodéterizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.

