

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 067759

N° : 30914

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5520 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

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 : ..... Age : .....

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067759

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



Nom & Prénom du patient : HA C H'imi FATIHA Age                              

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin :                     

Nature de la maladie : Potard S. regl.

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances                     

A                      le              /              /              Signature et cachet du médecin

**DURÉE D'UTILISATION 3 MOIS**

**DR. EL KHADJAR**  
M.D. - 001  
N° 123456789  
N° 123456789



## 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
20.6.20			250 000	Dr. EL KHADJABI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL OUM 52 Boulevard Al Houria Tel.: 022 32 41 76 - Barres	20/06/2020	362,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

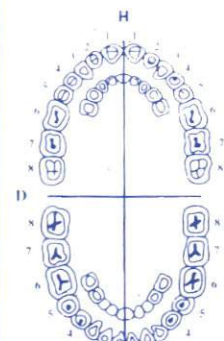
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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	
				Coefficient DES TRAVAUX

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>	Coefficient DES TRAVAUX
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION



Docteur EL KHADAR Ilham

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Stérité du couple ( P.M.A)

Coeliochirurgie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتورة إلخضار إلهم

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الجراحة النسائية - الولادة

عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر



161077003

Berrechid, le 20 JAN 2020

Pharmacie AL OUM  
Mme BEPRADA Jihane  
52 Pharmacie  
Tél.: 022 32 31 75 - Berrechid

Hocini FATIMA

9080 Duphaston

1 cp x 2 15/10

9810 Floxart

1 gel x 2 15/10

7970 Zocore

1 cp 15/10

Dr. EL KHADAR I.  
Gynécologue - Obstétricien  
Imm 4 2ème Etage App 7  
Tél.: 06 09 50 21 67 - 05 22 33 76 86

260,600ZIL plus - 1 gel 15/10

Bd. Allal Ben Abdellah, Kissariat Ibn Khaldoune, Imm. N° 4 - 2ème étage - App. 7 - Berrechid

شارع علال بن عبد الله - قيسارية ابن خلدون - عمارة 4 - الطابق 2 - الشقة 7 - برشيد

Tél.: 06 09 50 21 67 - Tél./Fax: 05 22 33 76 86

الهاتف: 362,6P



# FLOXIMAT®

Oflor

## Composition :

Ofloxacine .....  
Excipients (dont lactose) .....

## Propriétés :

Antibiotique de synthèse appartenant à la famille des

## Indications thérapeutiques :

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques

Elles sont limitées chez l'adulte :

- au traitement des infections urinaires hautes et basses, aiguës ou chroniques et de l'urétrite gonococcique et non gono-coccique
- au traitement des infections sévères dans les manifestations prostatiques
- au traitement des infections gynécologiques hautes
- au traitement de relais des infections ostéo-articulaires
- au traitement de la suppuration bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse

## Contre-indications :

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

- antécédents de tendinopathie avec une fluoroquinolone
- hypersensibilité à l'ofloxacine ou à un produit de la famille des quinolones
- épilepsie
- déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase
- enfant jusqu'à la fin de la période de croissance
- femme enceinte ou qui allaite
- en raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de syndrome de malabsorption du glucose et du

## Effets indésirables :

- Troubles digestifs : nausées, gastralgies, diarrhée
- Manifestations cutanées et manifestations allergiques
- Douleurs musculaires et/ou articulaires, tendinite
- les 48 premières heures de traitement et devenir
- Manifestations neurologiques : convulsions, confusion, vertiges, paresthésie, troubles du sommeil, possi

## Mises en garde :

- Éviter l'exposition au soleil et aux rayons ultraviolets photosensibilisation.
- Les tendinites, rarement observées, peuvent paraître le tendon d'Achille, et surviennent notamment après la corticothérapie au long cours.

## Précautions d'emploi :

Afin d'éviter d'éventuelles interactions avec d'autres médicaments tout autre traitement en cours.

Comme lors de tout traitement susceptible d'entraîner de ce risque potentiel les conducteurs de véhicules

## Mode d'emploi et posologie :

Chez le sujet adulte aux fonctions rénales normales :

Quatre cents milligrammes par jour en deux prises : soit un comprimé matin et soir, au cours des repas.

## Formes et présentation :

Boîte de 10 comprimés enrobés dosés à 200 mg d'ofloxacine

Boîte de 20 comprimés enrobés dosés à 200 mg d'ofloxacine

## Liste I

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Titulaire au Maroc :  
Laboratoires Maphar  
Km 10, route côtière 111  
Quartier industriel  
Zenata-Ain Sebâa  
MAROC

Rachid LAMRINI - Pharmacien Responsable  
Fabricant :  
Abbott Biologicals BV  
Veerweg 12 - 8121 AA Olst Pays-Bas



maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sebâa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 90DH80  
Rachid Lamrini, Pharmacien Responsable

1121404

**Riacen<sup>®</sup>** 20 mg

**Piroxicam**

20 gélules

Voie orale



## OZIL PLUS® 20 mg

Gélules

DCI : Oméprazole

**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 une 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, car il 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.

1. Qu'est-ce que OZIL PLUS®, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre OZIL PLUS®, gélule ?
3. Comment prendre OZIL PLUS®, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver OZIL PLUS®, gélule ?
6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST-CE QUE OZIL PLUS®, GÉLULE ET DANS QUELS CAS IL UTILISE ?

**Classe pharmacothérapeutique :**

OZIL PLUS®, gélule contient la substance active oméprazole appartenant à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. IL diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

**Indications thérapeutiques :**

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans :

- Le traitement à court terme d'ulcère duodénal actif • Le traitement à court terme d'ulcère gastrique bénin actif • Le traitement du reflux gastro-œsophagien pathologique (RGO) • Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien • La réduction de risque majeur de saignement gastro-intestinal chez les patients gravement malades.

L'efficacité et l'innocuité d'OZIL PLUS® n'a pas été démontrée chez les enfants de moins de 18 ans.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE OZIL PLUS®, GÉLULE ?

**Contre-indications :**

Ne prenez jamais OZIL PLUS®, gélule :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans OZIL PLUS® • Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (IPP) médicament.

**Précautions d'emploi ; Mises en garde spéciales :**

**Avant de prendre OZIL PLUS®, gélule informer votre Médecin si :**

- On vous a dit que vous avez une faible taux de magnésium, de calcium et de potassium dans le sang • Vous avez des problèmes hépatiques • Vous avez une insuffisance cardiaque • Vous avez le syndrome de Bartter (un trouble du rein rare) • Vous avez des allergies
- Vous avez d'autres conditions médicales • Vous êtes enceintes ou vous programmez de le devenir. On ne sait pas si OZIL PLUS® peut nuire à votre bébé à naître • Vous allaitez ou vous envisagez d'allaiter.

# Ozil plus® 20 mg

Oméprazole

LOT:180183

PER:05/2021

PPV:102 00 DH

une surveillance par votre médecin.

l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS® • Moretmycophénolate (MMF) • Médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres anti vitamines K; une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS® • Rifampicine (utilisé pour traiter la tuberculose) • Atazanavir (utilisé pour traiter l'infection VIH) • Cyclosporine • Benzodiazépine • Tacrolimus (dans le cas de greffe d'organe) • Millepertuis (Hypericum perforatum) (utilisé dans le traitement de la dépression modérée) • Disulfirame • Saquinavir (utilisé pour traiter l'infection VIH) • Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus)) • Produit contenant du fer • Méthotrexate • Un antibiotique contenant ampicilline • Clarithromycine

Il est important que vous informiez votre médecin de tous les autres médicaments que vous prenez.

**Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :**

Si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être, dites-le à votre médecin avant de prendre OZIL PLUS®. Votre médecin décidera si vous pouvez prendre OZIL PLUS® pendant cette période.

Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre OZIL PLUS® pendant l'allaitement.

**Sportifs**

Sans objet.

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

Sans objet.

### 3. COMMENT PRENDRE OZIL PLUS®, GÉLULE ?

**Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement**

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas