

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 canaux, 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 canaux.

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 Étage 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-522736

ND= 32 153

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3404 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : QASSOU AHMED

Date de naissance : 08/05/60

Adresse : Res. Riad du Daoud Almeroudi 3 Palmyre Casablanca

Tél. : 06 61 19 16 39

Total des frais engagés : 676 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur HADANE YOUNES

Chirurgien Urologue

Projet El Moustakbal, 100

2ème Étage, Appt. 6 - Casablanca

Tél: 05 22 22 55 15/06 71 13 28 55

Urgence: 06 63 88 10 26

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2020

Nom et prénom du malade : CHAFIK LAÏLA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cystite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

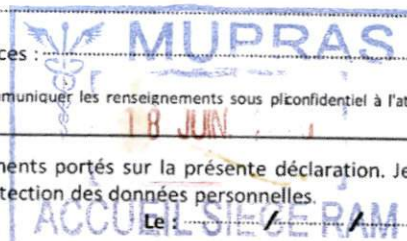
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

[Signature]



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
27/05/2020	G		300,000	INF : 091165621 Docteur HADANE YOUNI Chirurgien Urologue Centre Al Mouassatkhel Jmm. 1

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE MOUKRIM Rue 30 - Menzouza Aïn Chock 0522 21 11 17 - Casablanca</p>	07/05/20	376,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca Le : 27/05/2020

M^{re} CHAFIK LAILA

108,00

- Oet 200mg (71)

24,80 1cp x 2j (1-2)

- Diflucan 150mg (1cp)

15,80 1cp x 3j (5-7) après l

- Doiprane 1g (1cp)

96,00 1cp x 3j (5-7)

- Belmazole 200mg (84)

131,40 1 gel x 2j avant l

- Urinal (1cp)

376,00 1 complexe x 2j part 1 min S

صيدلية موكريم
PHARMACIE MOUKRIM
60, Rue 30 - Maaroufa Ain Chock
Tél: 0522 21 39 7 - Casablanca

Docteur HADANE YOUNES
Chirurgien Urologue
Projet Al Moustakbal, Imm. 106
2ème Etage, Appt. 6 - Casablanca
Tél: 0522 33 55 15 / 06 71 13 28 55
Urgences: 06 63 88 10 26

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne le prenez pas en même temps que d'autres médicaments pour ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, sous forme de comprimé, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi que pendant l'allaitement.

ne pas être utilisé pendant



PPV: 14DH00
PER: 03/23
LOT: J874



OCET® 200 mg, comprimés enrobés Ofloxacin

... de cette notice avant de prendre ce médicament.

... ou à votre
... cas de s'

43x20x90

7

... cela pourrait lui être nocif.

Urinal

Confort urinaire

DN 145.00



RE PHAR

més entre

AMM... : 295/17DMP/21/NRO

25 mg
1 comprimé

lactose.
enrobés gastro-résistants.
de diclofénac sodique.
en Respons

مشتريات كالمينكا
Casablanca - Maroc

membraneuse. Si une
d'arrêter le traitement
adical (voir Quels sont
cutanée lors d'une
periode, en raison du

DIFAL®

Diclofénac sodique 25 mg
Bûte de 30 comprimés

P.P.V. : 24,80 DH

6 118005 190332

LOT :
EXP :
PPV :

96,00

Précautions d'emploi

- Le médicament devant être arrêté (voir Quels sont les effets indésirables éventuels?).
- 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 du galactose.
- La prise de comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

Il est important de prévenir votre médecin en cas d'antécédents de convulsions ou de myasthénie (maladie des muscles).

En cas de douleur ou de gonflement du tendon d'Achille, arrêter le traitement, réster au repos complet et prévenir immédiatement votre médecin.

Lisez attentivement l'inté-
rieur des informations important
Si vous avez d'autres que
médecin ou à votre pharma
Ce médicament vous a été
en cas de symptômes identi
Gardez cette notice, vous p

LOT : 192655 1
EXP : 11 2022
PPV : 108,00

108,00



1. IDENTIFICATION DU MED

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE

Par gélule :

Oméprazole 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin (E132), gélatine.

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récurrences d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
 - Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.
- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :
- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le nelfinavir.

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé.
- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque d'infections

MEDICAMENT ?

naux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

• ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

• ulcères gastriques : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• ulcères gastriques : Chez les patients faiblement répondeurs : 1 à 2 gélules par jour.

pylori dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale :

• 20 mg + clarithromycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois

par jour, pendant 14 jours.

• 20 mg + clarithromycine 250 mg (ou 500 mg) + métronidazole 400 mg (ou

500 mg), chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

ou 20 mg + clarithromycine 250 mg (ou 500 mg) + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg

(ou 500 mg ou tinidazole 500 mg), chacun des deux 3 fois par jour pendant une semaine.

Si le patient présente encore *H. pylori* après cette trithérapie, le traitement peut être répété.

Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de

BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS chez les patients à

risque (âge > 60 ans, antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, antécédents d'hémorragie

digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement de l'œsophagite par reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines.

Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux : la dose peut

augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour

pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison : 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à

80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux

gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et > 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux

gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H. pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5

mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids

corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés

simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUTS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE

VOTRE MEDECIN.

b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.