

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE P TIVIER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

**ditions 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.

**rmacie :**

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.

**ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

**éducation :**

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.

**ntaire :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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° P19- 068357

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2378 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. LAHRICHI FAÏÇAL

Date de naissance : 28/07/56 A - FFZ

Adresse : ROUTE CALIFORNIE APP 3 RDC ROUTE DE KKA - CASA

Tél. : 0654.500.951 Total des frais engagés : .....

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : M. LAHRICHI FAÏÇAL Age : 28/07/56

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

Nature de la maladie : Bronchite asthmatiforme

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 : CASABLANCA Le : ...../...../2020

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
14/7/2020	e	01	200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
	14/7/2020	6157

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

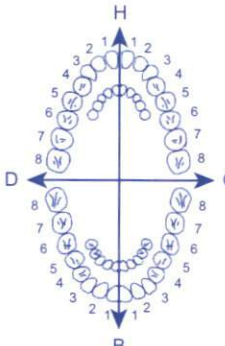
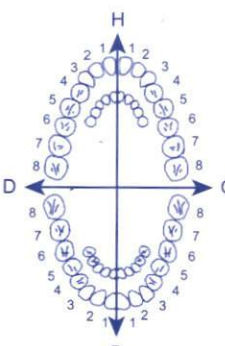
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux

MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif

CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التناوتي

خريج كلية الطب بوردو

الطب العام

70، زنقة نورماندي - العاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le 14 juillet 2020, في الدار البيضاء

M. Lahrichi Fayçal

Serehid 250

35m fpe x 24

Verolone spray N°6

35muffas ea cas de use

Accu chek

pour mesure de la glycémie

Drill sans sucre

Dolefrane 1000

Amoxil 1c x 3/1

Alone 1c x 24

Pharmacie des Ognas  
Mme. LAHRICHI SAMIA  
250, Boulevard de l'Oasis  
Tél.: 05 22 25 59 32 - Casablanca

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
05 22 25 59 32

Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

Après prélèvement de la  
bandelette réactive,  
refermer le tube immédiatement.

# ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Bandelettes réactives



**5** env.  
sec.

Pour la  
détermination  
de la glycémie

Utilisable en  
autocontrôle

Seulement pour  
Accu-Chek® Active

**Roche**

70004941

13

1042297/6083730  
FG0010273-103

GD2 350 IV



# ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Test strips

Roche Diabetes Care South Africa (Pty) Ltd.  
Hertford Office Park, 90 Bekker Road  
Vorna Valley, Midrand

**South Africa**, 1686

Email: [info@accu-chek.co.za](mailto:info@accu-chek.co.za)

Call Toll Free: 080-34-22-38-37 (SA only);

+254 20 764 0560 (Kenya only);

+27 (11) 504 4677 (Other countries)

روش دیا بیتس کیر جی ایم بی ایش

شارع ساند هوپر ۱۱۶

۶۸۳۰۰ مانهایم، ألمانيا

[www.accu-chek.com](http://www.accu-chek.com)

ACCU-CHEK هي علامة تجارية تملكها Roche.

ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

**CE** 0088



+30 °C  
+2 °C

**IVD**



**REF** 07124155019



4 015630 064144



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
[www.accu-chek.com](http://www.accu-chek.com)





30 قرص ملبس  
عن طريق الفم

# ألورا 5 ملغ

## ديسلوراتادين

**ALORA 5 mg**  
30 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410096

LOT : M0066  
EXP : 03/2020  
PPV : 78.90 DH

مرة واحدة يوميا  
طويل المفعول  
لا يسبب النعاس  
مضاد للحساسية

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واحد صيدلاني

Deva

30 قرص ملبس  
عن طريق الفم

ألورا 5 ملغ  
ديسلوراتادين

مضاد الحساسية

AL(30)001X240417



**SERETIDE**

propionate de fluticasone / Diskus

**250**

microgrammes / 50 microgrammes par dose

**SERETIDE**

propionate de fluticasone / Diskus  
salmétérol



Poudre pour inhalation en récipient unitdose  
SYSTEME NON RECHARGEABLE



parlez-en à votre médecin  
s'applique aussi à tout e  
pas mentionné dans cet

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que Seretide Diskus
2. Quelles sont les informa  
d'utiliser Seretide Diskus
3. Comment utiliser Seretide

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
ID : 644221  
1180001 141104

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00

PER: 03/23

LOT: J876



Ne pas prendre plus de 1000 mg  
allergie connue au paracétamol, maladie

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PAR 1000 mg, COMPRIMÉ :

### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la  
insuffisante ou de survenue de tout autre  
l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des  
médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par  
immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. Ne les associez pas, quotidienne recommandée (cf. chapitre 4).**

### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales, est autorisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00

PER: 03/23

LOT: J876



Ne pas prendre plus de 1000 mg  
allergie connue au paracétamol, maladie

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PAR 1000 mg, COMPRIMÉ :

### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la  
insuffisante ou de survenue de tout autre  
l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des  
médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par  
immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. Ne les associez pas, quotidienne recommandée (cf. chapitre 4).**

### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales, est autorisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.





**DRILL EXPECTORANT SANS SUCRE ADULTE 5 POUR CENT**, solution buvable  
en flacon édulcorée à la saccharine sodique  
(DCI : Carbocistéine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

25,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

**Drill<sup>®</sup>**  
Expectorant  
**ADULTES**  
Carbocistéine 5%  
Solution buvable sans sucre

755.561.10.18

**Mode d'administration**

Pharmacie des Laboratoires PIERRE FABRE Méd  
41, rue Mohamed DIOUR 20110 Casablanca  
Fourni par : COOPER PHARMA  
MARMA  
61180001080923

**6. Effets indésirables**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Possibilité de troubles digestifs tels que :

- douleurs à l'estomac,
- nausées, vomissements et diarrhées.

Possibilité de troubles cutanés : réactions allergiques telles que : éruption cutanée, démangeaison, urticaire (sensation semblable à une piqure d'ortie), brusque gonflement du visage (angio-œdème) et érythème pigmenté fixe (tache cutanée brune).

demandez plus d'information à votre médecin ou à votre  
le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de  
risquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice,

.....5,000 g

oxyéthylcellulose sodique, arôme, hydroxyde de sodium, eau  
de méthyle, éthanol et sodium.

toire).

es.

difficulté d'expectoration (difficulté à rejeter, en crachant, les

neuez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien

ement les instructions de cette notice ou les indications de votre  
cin ou pharmacien en cas de doute.

(ml) 3 fois par jour (soit au maximum 45 ml par jour).

En cas de persistance des symptômes, un avis médical doit être

ite à 5 jours. En cas de persistance des symptômes, un avis médical doit être

devriez essayer de tousser, ce qui contribue à éliminer les mucosités de vos

de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre

**ORANT SANS SUCRE ADULTE 5 POUR CENT**, solution buvable en flacon

stéine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés

mac ou du duodénum (ulcère gastro-duodénal actif).

**PPV : 55,00 DH**  
**LOT : 619191**  
**PER : 01/21**

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. 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.
- Ce médicament vous a été prescrit à vous ou à votre enfant ou à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les symptômes sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable mentionné dans cette notice.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que AMOXIL et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre AMOXIL ?
3. Comment prendre AMOXIL ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver AMOXIL ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE AMOXIL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique**

**Qu'est-ce que AMOXIL ?**

AMOXIL est un antibiotique. Le principe actif est l'amoxicilline, appartenant à un groupe de médicaments appelés « pénicillines ».

**Dans quels cas AMOXIL est-il utilisé ?**

AMOXIL est utilisé pour traiter des infections causées par des bactéries dans différentes parties du corps.

AMOXIL peut également être utilisé en association à d'autres médicaments pour traiter les ulcères de l'estomac.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE AMOXIL ?**

**Ne prenez jamais AMOXIL :**

- Si vous êtes allergique à l'amoxicilline, à la pénicilline ou à l'un des composants contenus dans ce médicament (mentionné dans la notice).
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique à un autre médicament incluant une éruption cutanée ou un gonflement du visage.

Ne prenez pas AMOXIL si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus. En cas de doute, demandez conseil à votre médecin avant de prendre AMOXIL.

**Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AMOXIL si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse (fièvre, maux de gorge, fatigue extrême)
- avez des problèmes rénaux
- N'urinez pas régulièrement

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AMOXIL.

**Tests sanguins et urinaires**

Si vous devez effectuer :

- Des analyses d'urine (dosage du glucose) ou des analyses de sang pour le fonctionnement de votre foie,
- Un dosage d'œstriol (utilisé pendant la grossesse pour surveiller le développement normal du fœtus).

Informez votre médecin ou votre pharmacien que vous prenez AMOXIL. AMOXIL peut influencer sur les résultats de ces tests.

**Enfants**

Sans objet.

**Autres médicaments et AMOXIL :**

Informez votre médecin si vous prenez, avez récemment pris ou devez prendre tout autre médicament.

- Si vous prenez de l'allopurinol (utilisé dans le traitement de la goutte), le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.
- Si vous prenez du probénécide (utilisé dans le traitement de l'hypercholestérolémie), votre médecin peut décider d'adapter votre dose d'AMOXIL.
- Si vous prenez des médicaments destinés à empêcher la formation de caillots (tels que la warfarine), vous pourriez avoir besoin d'ajuster votre dose de médicaments sanguins supplémentaires.

NOTICE : INFORMATION

# Ventoline 100 mcg

## suspension pour inhalation

SALBUTAMOL

# Ventoline

## 100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

6. contenu de l'emballage et autres informations.

### 1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE 100 microgrammes/dose pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharmacothérapeutique : Bronchodilatateur Bêta-2  
durée par voie inhalée (R : Système Respiratoire) - code

Ce médicament contient un bêta-2 mimétique : le salbutamol.

C'est un bronchodilatateur (il augmente le calibre des bronches pendant quelques minutes) et de courte durée (4 à 6 heures) qui s'administre à l'aide de l'embout buccal de l'inhalateur.

Il est indiqué en cas de **crise d'asthme** ou pour soulager les symptômes de la maladie asthmatique ou de certaines maladies des bronches.

Il peut également vous être prescrit en **traitement préventif** de l'asthme.

Si vous avez de l'asthme, en fonction de sa sévérité, votre médecin pourra vous prescrire en complément d'un traitement de fond continu par voie inhalée, des corticoïdes.