

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-578695

11/11/890

44581

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

10890

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMDI HASNA

Date de naissance :

14.11.78

Adresse :

Tél. : 0674456542

Total des frais engagés : 232320 + 450

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14.11.2003

Age:

Nom et prénom du malade :

HAMDI HASNA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DID

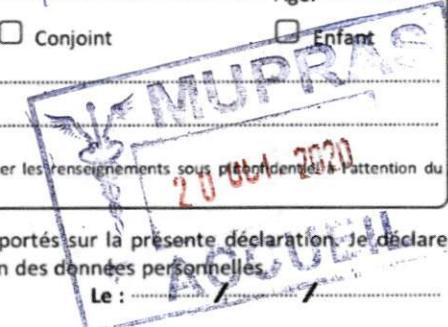
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/2020	2323 Ls + 300 Ls

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est obligé 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 : <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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
<hr/>																										
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				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

Dr. Redouar EL ARBI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le :

15. 06. 2020  
الدار البيضاء، في:

Hanafi Hanifa

244<sup>o</sup> LANTIS holostar

26mm x 7i

521<sup>o</sup> 22 Novorapid (14,20<sup>o</sup>)

No - No - m

49,60<sup>o</sup> 14,80<sup>o</sup> Dure forte 2 mois

1 amp x 7 15i

123<sup>o</sup> Tdexium 40 mg

1 c/ft i

22,70 Ringer milcink 1 Cnt x 2

تجزئة الحاج فاتح - رقم 141 - الكباقي السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 09 22 93 03 09

Lotissement Haj Fateh Lot 141 - R.D.C - Appt. N° 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09

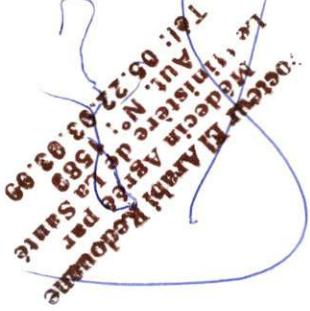
Dr. Redouar El Arbi  
Médecin Agréé par  
Ministère de la Santé  
Tél. N° : 05 22 93 03 09

318 EUCARROS  
CPX3i



110% CACIT VITA D3

CPX3i



232320

Dr. Redouane EL ARBI

Médecine Générale

Echographie  
Electrocardiogramme  
Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

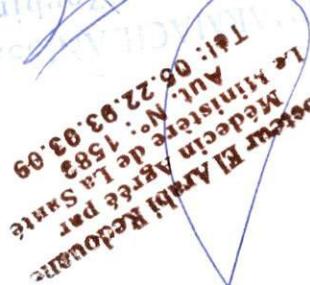
الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le : 16.02.2022  
الدار البيضاء، في :

HAMDIA HAMDA

200<sup>o</sup> BANDE LLETES 7 mm.  
10<sup>o</sup> contain blue

300<sup>o</sup>



تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 09 03 22 93 05

Lotissement Haj Fateh Lot 141 - R.D.C - Appt. N° 2 - Casablanca - Tél. : 09 03 22 93 05

PPV: 49, 60, DH  
LIT: 20E25  
EXP: 05/2023

PPV: 49, 60, DH  
LIT: 20E25  
EXP: 05/2023

PPV: 49, 60, DH  
LIT: 20E25  
EXP: 05/2023

**Notice :  
Information pour l'utilisateur**

# Lantus® SoloStar®

**100 unités/ml**

**solution injectable en stylo prérempli**

insuline



# Lantus® Solo

**100 Unités/ml**

**solution injectable en stylo prérempli**

insuline glargin

Veuillez lire cette notice car elle vous aidera à utiliser ce médicament.

Il est également recommandé de lire le mode d'emploi de Lantus SoloStar, stylo prérempli, avant d'utiliser ce médicament.

- 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, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, inj b5 sty  
P.P.V : 744,00 DH



6 118001 081615

pour vous informer :

- disponibilité de votre ville, où vous allez,
- fourniture d'insuline,
- conservation adéquate, en particulier pour le voyage,
- horaire des repas et de l'insuline pendant le voyage,
- effets possibles du changement d'horaire,
- nouveaux risques d'hypoglycémie dans les pays visités,
- ce que vous devez faire en cas d'urgence lorsque vous êtes malade.

## Maladies et blessures

Dans les situations suivantes, il est important de surveiller de près votre diabète. Ces précautions (par exemple, une diminution d'insuline, les analyses de sang) peuvent être nécessaires.

- Si vous êtes malade ou avez une infection importante, votre glycémie peut augmenter (hyperglycémie).
- Si vous ne vous nourrissez pas suffisamment, votre glycémie peut diminuer (hypoglycémie).

<MAT>542989



-- LAPROPHAN --

PPV : 571DH00

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur  
ordonnance/Liste II

بصرف فقط ب摩وجب وصفة  
طبية/لاحة II

مستورد وموزع من طرف لاپروفان  
21 زنقة الأوداية  
20300 الدار البيضاء

© 2018  
نوفونورديسك ش / م  
نوفوالي  
DK-2880 باوسفيرد ، الدنمارك



PS10406

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnsou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boite 14  
64116DMP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 0208607



**INEXIUM® 40 mg,  
comprimé  
gastro-résistant  
ésoméprazole**

**إينكسيوم® 40 ملغم،  
قرص صامد لحموضة  
المعدة  
ازومبرازول**

# RINOMICINE®

## FORME ET PRÉSENTATION :

Poudre pour solution orale : boîte de 10 sachets.

## COMPOSITION :

Chaque sachet de poudre contient :

Chlorphénamine maléate.....

Phényléphrine chlorhydrate.....

Salicylamide.....

Paracétamol.....

Caféine.....

Vitamine C.....

Excipients q.s.p.....

Excipients à effet notoire : saccharose, jaune orange S.

## PROPRIÉTÉS :

Elles procèdent de l'activité de ses principaux composants :

- La Chlorphénamine maléate, antihistaminique H1, agit par inhibition nasale.
- La phényléphrine chlorhydrate, alpha-sympathicomimétique, décongestion et à la libération des voies respiratoires.
- Le paracétamol et le salicylamide agissent en synergie en tant qu'antipyrétique.
- La caféine agit comme stimulant général et atténue l'effet sédatif et la somnolence liés à la chlorphénamine.
- La vitamine C agit comme anti-oxydant, aide à la défense de l'organisme et contribue avec la caféine à un état de bien-être du patient.

## INDICATIONS :

Rinomicine® est indiqué dans le traitement symptomatique des :

Etats grippaux : rhume, congestion nasale, catarrhe nasal et éternuement.

Etats fébriles : fièvre, courbatures, refroidissement, douleurs modérées ou élevées (telles que maux de tête).

## CONTRE-INDICATIONS :

Ces médicaments sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée ;
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathicomimétique alpha du vasoconstricteur ;
- D'insuffisance coronarienne sévère ;
- D'antécédents de convulsions ;
- D'hypersensibilité à l'un des composants ;
- D'adénome de la prostate ;
- De glaucome ;
- D'insuffisance hépatocellulaire ;
- D'insuffisance rénale ;
- D'ulcère gastroduodénal ;
- D'antécédent d'hémorragies digestives liées à la prise de l'acide acétylsalicylique et/ou un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- Au troisième trimestre de la grossesse ;
- D'asthme.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

1907  
06-23  
22 DH 70

PHARMAS

LOT : 1907

UT.AV: 06-23

PPV: 22 DH 70

Il est recommandé de ne pas prendre deux médicaments contenant des vasoconstricteurs.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Rinomicine® est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante. Toutefois en cas de nécessité, son administration pendant la grossesse et l'allaitement sera possible sous surveillance du médecin traitant ou du pharmacien.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale.

Réservez uniquement à l'adulte.

Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.

Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire immédiatement.

La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

## DURÉE DU TRAITEMENT

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

## CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

# EUCARBON® Comprimidos

Laxante suave y adsorbente intestinal

## Composición

### de un comprimido:

25,00 mg

105,00 mg

50,00

de extracto de ruibarbo

de hojas de sen

de azufre depurado

de carbón vegetal pulverizado

de aceite esencial de menta

de aceite esencial de hinojo

LOT N.	39005
DATE PER.	27/3/21
P.P.V.	82,00 DHS

Pr

me

dig

os EUCARBON contienen exclusivamente EUCARBON estimula todo el sistema

digestivo suave efecto purgante y antiespasmódico y alivia los dolores

causados por meteorismo o flatulencia.

**Posología:** Adultos: Como suave purgante, digestivo y carminativo, de 1 a 2 compr. durante o después de las comidas con un poco de líquido. Si se requiere un efecto más fuerte se puede aumentar la dosis de la noche y tomar 3 o 4 comprimidos. Niños: A partir de 2 años, de 1/2 a 1 comprimido junto con la comida.

En caso de tomarse de forma previa a una exploración radiológica, de 6 a 8 compr. con el fin de limpiar el sistema digestivo y eliminar la producción de gases.

## Indicaciones:

- todas las formas de estreñimiento
- procesos de fermentación y putrefacción en el intestino
- meteorismo
- flatulencia (elevación del diafragma)
- autointoxicación intestinal
- estreñimiento por hemorroides

**Contraindicaciones:** En caso de un posible diagnóstico de úlcera gástrica o intestinal, apendicitis y oclusión intestinal, debe evitarse utilizar cualquier tipo de laxante y acudir inmediatamente al médico.

**Efectos secundarios:** No se han registrado efectos secundarios si los comprimidos EUCARBON se toman según la posología.

**Atención:** El consumo excesivo de laxantes puede provocar alteraciones en el equilibrio de líquidos y electrolitos, lo que por ejemplo puede disminuir la tolerancia a los medicamentos digitálicos. Salvo consejo en contra del médico, EUCARBON también puede administrarse durante el embarazo.

**Presentación:** Envase individual de 30 y 100 comprimidos.

Envase de uso hospitalario de 1000 comprimidos.

¡Consérvese fuera del alcance y la vista de los niños!

# CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI

granulés effervescents pour solution buvable en sachet

carbonate de calcium / cholécalciférol

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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 cela pourrait lui être nocif.

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

## La substance active est :

Carbonate de calcium .....	2500 mg
quantité correspondant à calcium élément.....	1000 mg soit 25 mmol
Cholécalciférol concentré sous forme de poudre .....	. 880 UI
quantité correspondant en cholécalciférol (vitamine D <sub>3</sub> ).....	. 22 µg

Pour un sachet de 8 g.

## Les autres composants sont :

Acide citrique anhydre, acide malique, gluconolactone, maltodextrine, cyclamate de sodium, saccharine sodique, arôme citron (sorbitol, mannitol, D-gluconolactone, dextrine, gomme de citron), amidon de riz, carbonate de potassium, α-tocophérol, huile de saccharose, amidon de maïs.

## Titulaire / Exploitant

Warner Chilcott France

La Grand Arche – Paroi Nord – 92044 Paris La Défense Cedex

## Fabricant

Hermes Pharma Ges.m.b.H.

Allgäu 36 – 9400 Wolfsberg – Autriche

QU'EST CE QUE CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI, granulés effervescents pour solution buvable en sachet, ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament se présente sous forme de granulés effervescents pour solution buvable en sachet ; boîte de 30 ou 90.

Classe pharmacothérapeutique : SUPPLEMENTS MINERAUX.

Ce médicament est indiqué :

- chez le sujet âgé, en cas de carence en calcium et en vitamine D,
- en association aux traitements de l'ostéoporose lorsque l'apport de calcium et de vitamine D est insuffisant.

INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI, granulés effervescents pour solution buvable en sachet.

Ne pas prendre CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI, granulés effervescents pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- hypersensibilité à la vitamine D ou à l'un des constituants (en particulier l'huile de soja),
- quantité de calcium dans le sang anormalement élevée (hypercalcémie),
- élimination exagérée de calcium par l'urine (hypercalciurie),
- calculs rénaux (lithiasis calcique).

Prendre des précautions particulières avec CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI, granulés effervescents pour solution buvable en sachet :

- lors de traitement prolongé ; il est nécessaire de faire contrôler régulièrement la quantité de calcium éliminée dans les urines (calciurie). En fonction du résultat, votre médecin pourra être amené à réduire, voire à interrompre votre traitement,
- en cas d'administration supplémentaire de calcium et de vitamine D à fortes doses. Cette administration doit se faire sous stricte surveillance médicale,
- en cas de traitement associé à base de fluorure de sodium ou de bisphosphonate, il est conseillé d'attendre deux heures entre les prises de ces médicaments et de CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI, granulés effervescents pour solution buvable en sachet, et en cas de traitement avec un antibiotique de la famille des tétracyclines, il est conseillé d'attendre trois heures,
- en cas de sarcoidose ou d'insuffisance rénale.

Information importante au sujet de certains ingrédients de CACIT® VITAMINE D<sub>3</sub> 1000 mg/880 UI, granulés effervescents pour solution buvable en sachet :

Si vous avez une intolérance à certains sucres, demandez conseil à votre médecin avant de prendre ce médicament.

Ce médicament contient 171,2 mg de potassium par sachet. Ceci est à prendre en compte pour les malades souffrant d'une insuffisance rénale ou sous régime potassique contrôlé.



**\*\*PHARMACIE ANISSA\*\***

DR MAHMOUD FARKHOJAT

312.I.LOTISSEMENT ZEOUBIR CASABLANCA

Tél :

Patente N°: 32971190

N° R.C. : 278286

Compte :

CNSS : 6068747

Id.Fiscale : 50805205

ICE : 000489860000021

Le : 15/10/2020

HAMDI HASNA

**FACTURE : 15162 du : 15/10/2020**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CONTOUR BANDLETTE 25U	100,00	100,00	0,00%
1	CONTOUR PLUS 50 UNITE	200,00	200,00	20,00%
Total TTC				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **TROIS CENTS DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	100,00	0,00	100,00
20.00%	20,00	166,67	33,33	200,00
		<b>266,67</b>	<b>33,33</b>	<b>300,00</b>

