

# 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.

## Diologie 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.

## 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.

## Prothétique :

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 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

Nº P19- 058974

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 29 87 Société : USAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KAFOURA ISSI MOSTafa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 08 4495 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-058974

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 : .....

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-455070

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2987

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KHOURAISI MOUSTAFA

Date de naissance :

SHIAAT 1/07/1956

Adresse :

APPART HPI 5 LOT MAGHRIB AJAXID

CASA 2020

Tél. :

06 6 108 1125 Total des frais engagés :

530,52 Dhs

+ 98,50

### Cadre réservé au Médecin

**Dr.BEHATE Mohamed**  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha Imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Fateh Hay Oulfa  
Casablanca - Tél. 0522 05 00 18

Date de consultation :

20 SEP 2020

Nom et prénom du malade :

KHOURAISI Moustafa

Age:

1956

Lien de parenté :

lui-même

conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OPC

Bronchopne

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 : 20/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
30 SEP. 2020	C		150,00	INP : 09101759 Dr. BEHATE Mohamed Médecin Généraliste Lot. Al Farah, Doha Jinn, 19 Appt. 2 RDC 1a, Haj Fateh Hay Oulja
12 OCT. 2020	C		0	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ANNABA Lot Habiba Nour El Celia CASABLANCA - Tel. 05 22 90 38 12 INPE: 093010852</i>	30/09/2020	380,50
<i>PHARMACIE ANNABA D</i>	12/10/2020	98,10

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 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 de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **Docteur Mohamed BEHATE**

Diplômé du Centre Hôpitalo-Universitaire

## Ibn Rochd à Casablanca

## Ex-Médecin Interne des Hôpitaux d'El Jadida

## Ex-Médecin aux Forces Armées Royales

Médecine Générale

الدكتور محمد بحات

خريج المركز الاستشفائي الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

طب داخلي، مستشفيات الجديدة سابقا

طبیب بالقوّات المسلحة الملكية سابقاً

الطب العام

30 SEP. 2020

الدار البيضاء، في ..... Casablanca, le .....

M. KHOURAISI Nastafa

14,50 x 2

Doliprane 1000

188.00 ~~191.00~~ - 19 x ~~34~~

21 - Novocain

~~3cp 11 x 089 Nthm sp. P  
Daxidone sp. banded~~

جزء من ملحوظة 20190 الدار البيضاء  
الطبقة 02 الطابق السفلي، شارع الحاج فتحي ابراهيم - ليساند 20190 الدار البيضاء  
Dr. Béchir El Mouahid Dentiste 20190 Casablanca  
Lotissement AL FARAH - Addoha, immeuble 19, App. 2 RDC, Bd Hadj Fateh Extension Oulala Dessaïda 20190 Casablanca  
Tél.: 05 22 65 00 18 Email: drbechir@vandoeuvre.fr

# ORDONNANCE

Le ..... 12 OCT. 2020 .....

Dr KHOURAISI Nada

30,00 x 2

H Ooda 20



38,10

20 - 24mg Imit 20

98,10

10ml x 30

PHARMACIE ANNASSIM  
Lot. Al Farah N°522 Doha  
CASABLANCA - Tel. 05 22 90 33 12  
INPE: 092310552  
ICE: 002042387000024

Dr. BEHATE Mohamed  
Médecin Généraliste  
Lot. Al Farah Doha imm. 19 Appt. 2  
RDC Bd. Haj Fatah Hay Dulta  
Casablanca - Tel. 0522 65 00 18



1000 mg

Comprimé

LOT J1057  
PER 04/23  
PPV 14DH00

10/100

LOT J1240  
PER 06/23  
PPV 14DH00

06/100

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

Concrètement 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 PARTICULIERES 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 les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

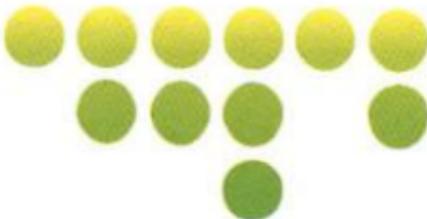
#### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



# أولترا-لوفير®

ساكاروميسيس بولاردي CNCM I-745



BIOCODEX  
Maroc



أكياس  
ملغ 250

10

BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

3625B

12/19

12/22

للمزيد

المزيد

المزيد



לְנוּנִינָה

לְזַיִס 24



לְזַיִס

לְזַיִס אֲמְוקְלִין

לְזַיִס

לְזַיִס/בֵּן

לְזַיִס אֲמְוקְלִין - ?

לְזַיִס

# NOVOCLIN®

amoxicilline - acide clavulanique

1g/125 mg

Adulte

Poudre pour suspension buvable  
en sachet

ne pouvant pas avaler les gélules, celles-ci doivent être ouvertes et mélangées à un aliment légèrement acide, tels que : yaourt, jus d'orange, compote de pomme...  
Les gélules peuvent être prises au cours d'un repas ou à jeun.

## CONSERVATION

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur.

LOT 191739  
EXP 07/2022  
PPV 30.00DH

CEDES 20mg

7 gélules



6118001100064

Il vous co...

Le médicai...

Une longue...

Mais, son...

Il ne faut...

Il ne faut...

Utiliser les médicaments p...

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin.

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, 'ne l'interrompez pas, Ne le reprenez pas de votre initiative.

Votre pharmacien connaît les médicaments / suivez ses conseils.

Il ne s'agit pas pour vous de prendre beaucoup de médicaments.

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin.



**COOPER**  
PHARMA  
COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca

**COOPER**  
PHARMA

OEDES 20mg  
7 gélules



6 118001 100064

LOT 191739  
EXP 07/2022  
PPV 30.00DH

1. D  
O  
O



V  
A  
G  
S  
d  
à  
C  
d  
s  
S  
re  
ne

2. pr ..... 5 ou 20 mg

(sous forme de métasulfobenzoate sodique)

**Excipients :** Lactose monohydraté, Bicarbonate de sodium, Citrate monosodique anhydre, Acide tartrique, Saccharine sodique, Arôme orange-pamplemousse, Benzoate de sodium.

#### Liste des excipients à effet notable :

Lactose monohydraté et sodium.

#### 3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H. Hormones systémiques non sexuelles).

#### 4. INDICATIONS

Ce médicament est un corticoïde. Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

#### 5. POSOLOGIE :

**ORAPRED® 20 mg :**

**RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.**

ORAPRED® 20 mg est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

**ORAPRED® 5 mg et 20 mg :**

La posologie à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

#### Mode et voie d'administration

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

#### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

ENT :  
imprimés effervescents.  
imprimés effervescents.

00'59

ralité de cette notice

voir besoin de la relire.  
ons, si vous avez un  
ns à votre médecin ou

ellement prescrit. Ne le  
re, même en cas de  
t lui être nocif.  
ent grave ou si vous  
mentionné dans cette  
u à votre pharmacien.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

#### 6. CONTRE-INDICATION

N'utilisez jamais ORAPRED®, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

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

#### 7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ORAPRED®, comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime (voir rubrique « Faites attention avec ORAPRED®, comprimé effervescent »).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

#### Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleu
- Elévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur : excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

#### D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.
- Retard de croissance chez l'enfant.
- Troubles des règles,
- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.
- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement.
- Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

**Maxitone®**  
*Comprimé*

**Lot:** 190184  
**À consommer de**  
**préférence avant le:** 03/2022  
**PPC: 99,50 DH**

**kitone®**

**Maxitone®**  
*Comprimé*



8 032578 478815

trine) extrait sec, Ginseng racine (Panax ginseng) feuilles (Ginkgo biloba) extrait sec, Juglans regia, maltodextrine) extrait sec, Sphérylacetate 50 % (vitamine E), agent de lissage anti-agglomérants : stéarate de magnésium.

## PROPRIÉTÉS :

**Maxitone®** comprimé est à base d'actifs naturels dont la maca, le ginseng, le ginkgo ainsi que la L-arginine aux propriétés stimulantes et tonifiantes. **Maxitone®** comprimé contribue à améliorer les performances sexuelles chez l'homme et la femme et favorise la circulation sanguine au niveau des organes génitaux.