

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.

Pathologie 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.

Prothèse 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.

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.

AS : 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



MUPRAS

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

47793

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008904

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9588 Société : R.A.M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : CHATE Mohad Date de naissance : 1956
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 06 6861 5572 Total des frais engagés : 883,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDHIRI M. A.
Expert Assemblé
Derb Inani Rue 28
Hay Mohammadi
Casablanca Tél: 05 22 20 45 45

19 NOV. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 20/11/2020
Nom et prénom du malade : CHATE Mohad Age : 64
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : au travail


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) :

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
04/11/20		1	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/20	733,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

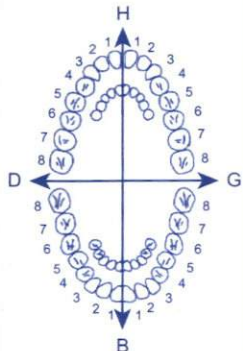
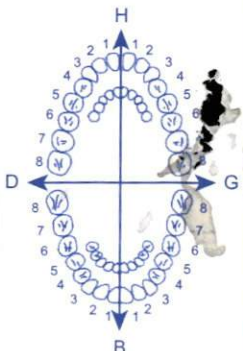
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة ودغيري

الطب العام

طبيبة محلقة
خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 04/11/20... في: الدار البيضاء

145,00 Chayak Rochard

11000 SV 500

21 Boudchouch SV 1000

31 Boudchouch

125,60 x 3 SV 1100

41 Boudchouch SV 1200

130, - SV 2000

733,00

PHARMACIE BELFAIL
5, BD. KHALID EL OUDAIL
AIN SEBBAH CASABLANCA
TEL 05 22 35 58 39

Dr. OUDRHIRI NAIMA
Expert Assermenté
Derb Inani Rue 29 N°3
Hay Mohammadi
Casablanca Tél: 05 22 62 02 35

Bip. trax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5

 **SERVIER**

125,60

Bip. trax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5

 **SERVIER**

125,60

Bip. trax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5



125,60

FLUIDIFIANT des voies respiratoires ADULTE Solution Buvable

Veillez 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 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, cela 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.

FORMULE

Carbocistéine

Excipients :

Saccharinate

parahydroxy

glycérol,

q.s.p.....

Flacon de 150

EXCIPIENTS

Parahydroxyben

CLASSE PHARMACOLOGIQUE

MUCOLYTIQUE

(R: Système re

Ce médicament

INDICATION

Ce médicament

récentes avec

bronchiques).

POSOLOGIE

1 cuillère à so

Pour les enfant

- À prendre de

- La durée de t

CONTRE-INDICATIONS

La forme adult

EFFETS INDÉSIRABLES

A fortes doses,

nausées, diarr

Mises en garde

Faites attention

Mises en garde

Ce médicament e

À prendre de préfé

La durée de traitem

Les toux productives,

la défense

broncho-pulmonaire, sont à respecter.

L'association de mucomodificateurs bronchiques avec des antitussifs et/ou des substances

asséchant les sécrétions (atropiniques) est irrationnelle.

Ce médicament contient du parahydroxybenzoate de méthyle (E218) et du

parahydroxybenzoate de propyle (E216) et peut provoquer des réactions allergiques

(éventuellement retardées).

Ce médicament contient un agent azoïque le rouge cochenille A (E124) et peut provoquer

des réactions allergiques.

Précautions d'emploi

La prudence est recommandée chez les sujets atteints d'ulcères gastroduodénaux.

PRENEZ L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez,

Ne prenez pas ce médicament sans avoir demandé l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien

- Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

- Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin

car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

- Il est possible d'allaiter votre enfant en cas de traitement par ce médicament.

- Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de BRONCHATHIOL® EXpectorant ADULTES, solution buvable

que vous n'auriez dû:

En cas de surdosage accidentel, ARRÊTEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT

VOTRE MEDECIN

- COMMENT CONSERVER BRONCHATHIOL® EXpectorant ADULTES, solution buvable ?

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

- Date de péremption

Ne pas utiliser BRONCHATHIOL® EXpectorant ADULTES, solution buvable après la date

de péremption mentionnée sur le flacon.

- Conditions de conservation

Pas de précautions particulières de conservation.

BRONCHATHIOL®

Carbocistéine 5%

31,20

PPV 311120
PEL 11/22
LOT 12741

ADULTE



BRONCHATHIOL®

Carbocistéine 5%



b

Fabriqué par bottu s.a
Sous licence HEPATOUM

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Imp AJDIR
02/16 - 101012

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Tavanic® 250 mg comprimé pelliculé
Tavanic® 500 mg comprimé pelliculé
lévofloxacine

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car 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 ou votre pharmacien.
- 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.

Que contient cette notice :

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

1. QU'EST-CE QUE TAVANIC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Ce médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée lévofloxacine. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom d'antibiotiques et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Elle agit en détruisant les bactéries responsables de certaines infections dans votre organisme.

Tavanic permet de traiter les infections touchant :

- les sinus
- les bronches/poumons, chez les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques ou de pneumonie
- les voies urinaires, y compris les reins et la vessie
- la prostate, en cas d'infection persistante
- la peau et les tissus sous-cutanés, y compris les muscles (ces parties sont aussi appelées « tissus mous »).

Dans certaines circonstances, Tavanic peut être prescrit pour diminuer le risque de contracter la forme pulmonaire de la maladie du charbon après une exposition au bacille du charbon ou encore pour réduire le risque d'aggravation de la maladie.

- si vous avez une insuffisance cardiaque,
- si vous avez eu un infarctus du myocarde
- si vous êtes une femme ou une p...
- si vous prenez d'autres médicaments ou si vous avez subi des modifications anormales de l'ECG (médicaments et Tavanic »).

- Si vous êtes diabétique.
- Si vous avez des troubles du foie ou
- Si vous souffrez d'une myasthénie

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'un d'à votre médecin ou à votre pharmacien.

Autres médicaments et Tavanic

Si vous prenez ou avez pris récemment envisagez d'en prendre, parlez-en à v...

Tavanic peut modifier l'action des m... médicaments peuvent influencer le mode d'acti...

Informez votre médecin en particulier si vous prenez l'un des médicaments ci-après, car le risque d'effets indésirables peut augmenter quand ces médicaments sont utilisés au cours du traitement par Tavanic :

- Les corticoïdes, parfois appelés corticostéroïdes, utilisés pour traiter une inflammation, car le risque d'inflammation et/ou de rupture d'un tendon peut augmenter.
- La warfarine, utilisée pour fluidifier le sang, car la prédisposition aux saignements peut augmenter. Le cas échéant, votre médecin vous prescrira des prises de sang régulières pour contrôler la coagulation sanguine.
- La théophylline, utilisée dans les maladies respiratoires chroniques, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
- Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), utilisés contre la douleur et l'inflammation, tels que l'aspirine, l'ibuprofène, le fenbutène, le kétoprofène et l'indométacine, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
- La ciclosporine, utilisée après une greffe d'organes, car le risque d'effets indésirables liés à la ciclosporine est plus élevé.
- Les médicaments ayant un effet connu sur le rythme cardiaque, c'est-à-dire les produits utilisés dans les troubles du rythme (antiarythmiques tels que la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone, le sotalol, le dofétalide ou l'ibutilide), les dépressions (antidépresseurs tricycliques tels que l'amitriptyline ou l'imipramine), les infections bactériennes (antibiotiques de la famille des macrolides tels que l'érythromycine, l'azithromycine ou la clarithromycine) et les maladies mentales (certains psychotropes).
- Le probénécide, utilisé pour traiter la goutte. Votre médecin est susceptible de réduire la dose si votre fonction rénale est diminuée.
- La cimétidine, contre les ulcères et les brûlures d'estomac. Votre médecin est susceptible de réduire la dose si votre fonction rénale est diminuée.

Si l'un des cas ci-dessus vous concerne, consultez votre médecin.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Tavanic 600mg cp pel b6
P.P.V : 145,00 DH



FLUOXET[®] 20 mg, gélule fluoxétine

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- G
- Si
- C
per
aux
- Si
vot
me

LOT 201043 1
EXP 04 2023
PRV 180 00

18000

Qu
1. C
2. C
3. C
4. C
5. C
6. C

1. QUELLE UTILISE

Classe pharmacothérapeutique - code ATC: N06AB05
FLUOXET 20 mg, gélules, contient une substance active, la fluoxétine, et fait partie d'un groupe de médicaments appelés antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Ce médicament vous a été prescrit pour traiter :

Chez l'adulte :

- soit un épisode dépressif,
- soit des troubles obsessionnels compulsifs,
- soit la boulimie : FLUOXET est utilisé en complément d'une psychothérapie pour la diminution de la fréquence des crises de boulimie, des vomissements ou de la prise alimentaire exagérée.

Chez l'enfant âgé de 8 ans et plus et l'adolescent :

- Un épisode dépressif modéré à sévère qui ne répond pas à une prise en charge psychothérapeutique après 4 à 6 séances. Chez les enfants et adolescents présentant un épisode dépressif modéré à sévère, FLUOXET ne devrait être proposé qu'en association avec une prise en charge psychothérapeutique.

Comment FLUOXET fonctionne

Tout le monde possède dans son cerveau une substance appelée sérotonine. Chez les personnes qui sont déprimées, qui souffrent de troubles obsessionnels compulsifs ou de boulimie, les taux de sérotonine sont plus faibles que chez les autres. Le fonctionnement de FLUOXET et des autres ISRS n'est pas totalement expliqué mais ils pourraient agir en augmentant le taux de sérotonine dans le cerveau. Traiter ces maladies est important pour vous aider à vous sentir mieux. Si elle n'est pas traitée, votre maladie peut réapparaître, peut s'aggraver et être plus difficile à soigner.

Il est possible qu'il soit nécessaire que vous suiviez votre traitement pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois afin de vous assurer que les symptômes disparaissent.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE FLUOXET 20 mg, gélules ?

Ne prenez jamais FLUOXET 20 mg, gélules :

- Si vous êtes allergique à la fluoxétine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6. Si vous développez une éruption cutanée ou d'autres réactions allergiques (telles que démangeaisons, un gonflement des lèvres ou du visage, ou un essoufflement), arrêtez tout de suite les gélules et contactez votre médecin immédiatement.
- Si vous prenez d'autres médicaments appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs et irréversibles de la monoamine oxydase (IMAOs) en raison du risque possible de réactions graves voire fatales (par exemple l'iproniazide utilisé pour le traitement des dépressions).

Le traitement par FLUOXET ne doit être commencé que 2 semaines après l'arrêt de l'IMAO non sélectif et irréversible.

Ne prenez aucun IMAO non sélectif et irréversible pendant au minimum 5 semaines après l'arrêt de votre traitement par FLUOXET. Si FLUOXET vous a été prescrit pendant une longue durée et/ou à des doses élevées, votre médecin devra envisager un intervalle de temps plus long.