

## 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 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-584788

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **10349** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **RAFIK**

Nom & Prénom : **MUSTAPHA**

Date de naissance : **15/01/1970**

Adresse : **15 LOT LALLAMALKA Rue Yasmine**

Tél. : **07 62 69 29 85** Total des frais engagés : **0** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/12, 2020**

Nom et prénom du malade : **LEGBLINI Nour** Age : **50**

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

Nature de la maladie : **ALD de COVID-19**

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 : **15/01/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **RAFIK MUSTAPHA**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-584788

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 : .....



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
15/01/2020		C.	200.00	INP : 061041687
15/01/2021				

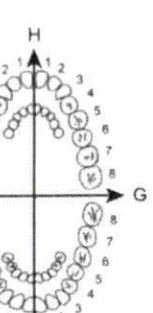
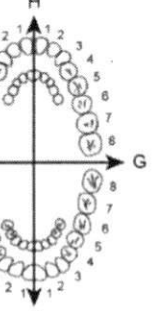
EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/2021	422,50

[illegible][illegible][illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez 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 : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
MONTANTS DES SOINS <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>				
DEBUT D'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>				
FIN D'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
MONTANTS DES SOINS <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>				
DATE DU DEVIS <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>				
DATE DE L'EXECUTION <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez 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 : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

The diagram illustrates a human dental arch with teeth numbered 1 to 8 on both sides. The top is labeled 'H', the bottom 'B', the left 'D', and the right 'G'.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Omar CHERROUQ

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de

Médecine

et de pharmacie à Casablanca

ex-médecin Chef des F.A.R\*

الدكتور عمر شروق

الطب العام

خريج كلية الطب

والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب رئيسي سابق بالقوات المسلحة الملكية

ORDONNANCE

13/01/2024

LEGHLINI Nawal

123, 60

Inxamyo

52, 80

pus oeds 20

2x 79, 70

- Azix 600 (x2)

2x 70

- Cordu 18p

83، شارع الشفشاوني، بلوك 5، الطابق الثاني (فوق صيدلية السوق) برشيد، الهاتف: 0522325036



20,90

Vitam. B3 B. ov. 2w u

38,10

1 kg.

ultrahue S

ps 2x1



Ti 422,50

⓪

PHARMACIE ARAFAAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Houda  
BERRECHID  
Tél 22 37 84 94



PS10406

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches  
noires casablanca

EXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

641/150MP/21NRQ

P.V.: 123,60 DH



IN

FAB. DEC-19  
EXP. NOV-22  
LOT ZMSS

**gastro-resistant**  
ésoméprazole

إينكسيوم® 40 ملغ،  
قرص صا مد لحموضة  
المعدة  
ازومبرازول

AstraZeneca







# AZIX

Azithromycine

**AZIX** 500 mg  
Azithromycine

3 Comprimés sécables



PPV : 79DH70  
PER : 11/23  
LOT : J3103

## COMPOSITION ET PRESENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUE

Traitement des infections dues aux germes

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :  
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



b

bottu sa

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

idemco 101005 - 04.11



# Azi

Azithro

**AZIX<sup>®</sup> 500 mg** ○

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

أقراص

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux g

- infections respiratoires hautes : pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris)
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de : Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 79D170

PER: 10/23

LOT: J3041



b

bottu s.a

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

idemco 101005 - 04.11



**VITAMIN  
20**

Solution

**IDENTIFICATION  
COMPOSITION**

Cholécalciférol (vitamine D<sub>3</sub>) 200 000 UI

Excipient : t  
pour 1 amp

**FORME PH**

Solution inj

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**  
VITAMINE D.

**NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE**

DE LA DECISION C

BOUCHARA-RECC

70, avenue du Gén

92800 PUTEAUX -

**NOM ET ADRESSE**

HAUPT PHARMA LIVRON

26250 LIVRON - FRANCE

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP 21/NNPR

6 118001 272228  
PRV : 20,90 DH

BATCH MAN 1219  
HP366 EXP 1113

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

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

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiase calcique (calcul rénal).

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

**MISES EN GARDE SPECIALES**

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI**

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

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

**GROSSESSE - ALLAITEMENT**

En cas de besoin, ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse ou l'allaitement. Il convient, cependant, de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

**POSOLOGIE**

Dans tous les cas, se conformer à l'avis de votre médecin.

Les posologies usuelles sont les suivantes :

**En prévention :**

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6<sup>ème</sup> ou 7<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

**Traitement de la carence en vitamine D :**

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION**

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.



أولترا-لوف 250 ملغ كبسولات  
أولترا-لوف 250 ملغ مسحوق لمستعلق للشرب  
ساكارومييس بولاردي CNCM I-745 مجفف بالتجميد



يرجى قراءة النشرة كاملة بعناية قبل استعمال هذا الدواء.  
احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج لقراءتها مرة أخرى.  
يرجى استشارة الطبيب المعالج أو الصيدلي.  
إذا كان يعاني من نفس  
أية أخرى لم ترد في هذه النشرة، يرجى إعلام  
مجموعه

3627

BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

12/22

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
5. كيف يتم حفظ أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب؟
6. معلومات إضافية.

1. ما هو أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب وما هي الحالات التي يمكن استعماله فيها ؟  
أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات: تحتوي كل كبسولة على 250 ملغ من خميرة ساكارومييس بولاردي CNCM I-745 على شكل مجفف بالتجميد (على الأقل 6 مليارات من الخلايا الإحيائية).  
أولترا-لوفير 250 ملغ مسحوق لمستعلق للشرب: يحتوي كل كيس على 250 ملغ من خميرة ساكارومييس بولاردي CNCM I-745 على شكل مجفف بالتجميد (على الأقل 6 مليارات من الخلايا الإحيائية).

- يتم وصف أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب، من أجل الوقاية من الإسهال الناتج عن تناول المضادات الحيوية عند الأشخاص المعرضين للإصابة بالإسهال المعوية العسيرة كلوستريديوم ديفيسيل أو عند حدوث انتكاس في الإسهال الناتج عن المعالجة العسيرة كلوستريديوم ديفيسيل  
- يتم وصف أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب من أجل علاج حالات الإسهال العاد عند الأطفال إلى حدود 12 سنة و ذلك لاستكمال العلاج بالإمهاء عن طريق الفم في حالة الشك بحجب الاتصال بالطبيب أو الصيدلي.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب ؟  
لا يجب استعمال أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب في الحالات التالية:  
• إذا كانت لديك حساسية من خميرة ساكارومييس بولاردي CNCM I-745 أو أي من المكونات الأخرى من أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق أو مسحوق لمستعلق للشرب،

• إذا كانت لديك حساسية من الخبثان الأخرى،  
• إذا كنت تحمل قسطارا وريديا مركزيا.  
• إذا كنت ضعيف المناعة أو تخضع لعلاج ما في المستشفى (بسبب مرض خطير أو ضعف جهاز المناعة).

يجب أخذ الحيطة والحذر عند تناول أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب:  
• يجب شرب الماء بكثرة عند الإصابة بالإسهال لأنه يتسبب في فقدان جزء كبير من المياه والكهارل.  
• قد يتقلص مفعول أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب إذا تناولتموه مع مشروب أو أكلة مجمدة أو يمكن أن تتجاوز حرارتها 50 درجة مئوية.  
• إذا كنت تأخذ أدوية أخرى، يرجى أيضا قراءة قسم «استخدام أدوية أخرى».

يجب الانتباه:  
• إذا تجاوزت الحرارة فوق 38 درجة مئوية،  
• ألم شديد في البطن،