

# 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.

## 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



# Déclaration de Maladie

N° W19-584788

Maladie     Dentaire     Optique     Autres  
 Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM STAS  
 Matricule : 10349 Société :  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
 Nom & Prénom : RAFIK Mustapha  
 Date de naissance :  
 Adresse : 15 Lot LALLAMALIKA Rue Yasmine  
 Tél. : 07 62 69 29 85 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12, 2020  
 Nom et prénom du malade : LEGLI NI Nour Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : ASCD de coronaires - opéré  
 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) : [Signature] Le : 12/12/2020

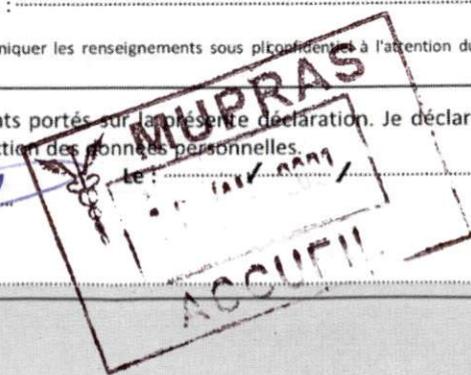
## VOLET ADHERENT

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).

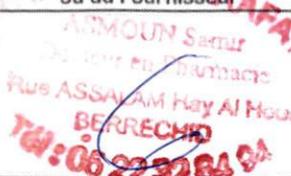
Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



### 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
15/01/2021		1	200,00	INP : 0161041687

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/01/2021	422,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

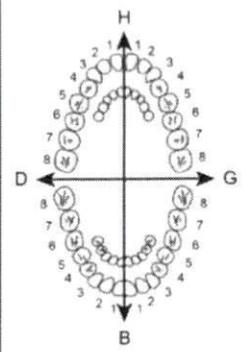
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

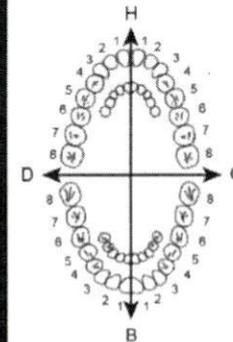
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### 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 <input type="text"/>
	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 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

Inxam yoo



52, 80

Mu 2x4 = 08



pus oeds 20

2x 79, 70

Mu 1/1 > 02



- Azix 600 (x 2)

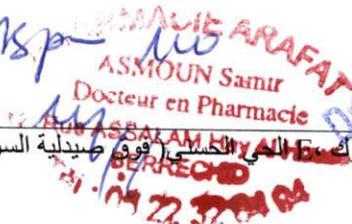
2x 70

Mu 1/1 > 06



- Cordu Asp

Mu 1/1



20,90

Vitam. B3 B.ou. 2w u

38,10

1 kg.

ultra

5  
18 20/11



422,50



PHARMACIE ARAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Hour  
BERRECHID  
TUNIS 22 37 84 94



PS10406

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches  
noires casablanca

EXIUM

40 mg

Cpr/R

Boîte 14

641/150MP/21NRQ

P.V.: 123,60 DH



IN

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

**gastro-résistant**  
ésooméprazole

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 - Aïn Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

idemco 101005 - 04.11

# AZIX

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 bronchite aiguë);
- 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 Sebaï - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

idemco 101005 - 04.11

PPV: 79D170

PER: 10/13

LOT: J3041

VITAM  
20

Solution

**IDENTIFICATION  
COMPOSITION**

Cholécalciférol (vitamine D<sub>3</sub>) 200 000 U.I.

Excipient : t  
pour 1 amp

**FORME PH  
Solution inj**

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE  
VITAMINE D.**

**NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE**

DE LA DÉCISION 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



BATCH MAN 1219  
HP366 EXP 1113

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



Liste II - List II - II لائحة

**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.

**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.



أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات  
أولترا-لوفير 250 ملغ مسحوق لمستعلق للشرب  
ساكارومييسيس 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.  
هذه لشخص آخر حتى وإن كان يعانِي من نفس  
المرض.  
يرجى إعلام  
مجموعه  
صالحه  
3627  
12/19  
12/22  
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

تعالجه فيها؟  
للشرب؟

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 ساكارومييسيس 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 ساكارومييسيس 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 بإسهال المعالجة 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 وذلك لاستكمال العلاج بالإمهاء عن طريق الفم في حالة الشك يجب 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 ساكارومييسيس بولاردي CNCM I-745 أو أي من المكونات الأخرى من أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق أو مسحوق لمستعلق للشرب،  
• إذا كنت تحمل حساسية من الخمائر الأخرى،  
• إذا كنت تحمل حساسية 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 يتناقص مفعول أولترا-لوفير 250 ملغ كبسولات أو مسحوق لمستعلق للشرب إذا تناولته 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.