

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8328		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	247254
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 02/11/2022	
Nom et prénom du malade : NADIA HADJOURD	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Lombalgie, scoliose	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. Sana ZAGHOUSSIAMS MEDECINE GENERALE	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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) :

Le : / /

AI AZNAZ Grp 24B Imm 294 1er Etg  
Appt N°6000ifa-Casablanca  
Tel: 05 22 93 11 88

### 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
02/11/22	G.C.		150,00	INP : 09126100 Dr. Sana ZAFAR MEDECINE GENERALE Al Azhar Gp 248 mm 294 1er Etg Appt N°6 Oulfa - Casablanca Tél. 0522931188

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROSEE de la Complicie Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi Dar Boyazza Km 3,500 - Casablanca Tél : 05 22 90 62 98	02/11/22	83,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

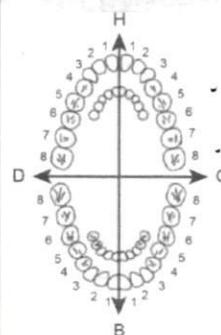
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/11/22		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

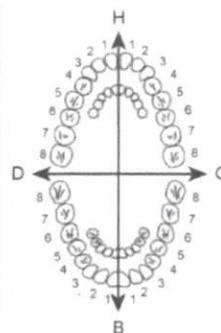
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Docteur Sana ZAGHOU

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie Marrakech

Ex Médecin à l'hôpital régional Hassan II d'Agadir

Echographie générale - Suivi de grossesse

Diabète et HTA - Électrocardiogramme

الدكتورة سنا زاغو

عيادة الطب العام

خريجية كلية الطب والصيدلة بمراكش

طبيبة سابقة بالمستشفى الجهوبي الحسن الثاني بأكادير

الشخص بالصدى - تتبع و مراقبة الحمل

داء السكري و الضغط الدموي - تخطيط القلب



091261404

## Ordonnance

Casablanca le : 02/11/2022 ..... الدار البيضاء في :

Mr HAFOURI NADIA

① Afucer 20 g. gel

1g. 1/2 la matin à jeun



② Algutif 20 g. 4

63 30 1g x 3/1/2 si douleur.



③ Bellongil gel

1g x 2 1/2 (apres éboulement des radicaments).

④ Ultralev sachet.

1 sachet + 2 g

~~Dr. Sana ZAGHOU  
MEDECINE GENERALE~~

⑤ spesfon 80 g. 4

1g + 3 1/2 si spf

Al Azhar Grp 24B Imm 294 1er Etg  
Appart N°6 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 11 88

Al Azhar GRP 24B IMM 294, 1er Etage, Appart N°6 Hay Oulfa - Casablanca  
dr.zaghousana@gmail.com - Tél : 05 22 93 11 88

Pharmacie ROSE de la Corniche  
Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi  
Dar Bouazza Km 5,500 Casablanca  
Tél : 05 22 90 62 98

**FORMES PHARMACEUTIQUES**

Dragé  
Comp  
Susp  
Suppos  
**COMPO**  
Dragees  
Ibuprofén  
Excipient  
Comprimés eff.  
Ibuprofène  
Excipient  
Suspension buvable  
Ibuprofène  
Excipient  
Suppositoires  
Ibuprofène  
Excipient

**CLASSE PHARMACOTHÉ**

Analgesique et antipyrétique  
**DANS QUELS CAS UTILISER**  
Dragées, comprimés effervescent  
Adultes et enfants de plus de 12 ans  
Ce médicament contient de l'ibuprofén dans le traitement de courte durée de :

- Maux de tête
- États grippaux
- Douleurs dentaires
- Règles dououreuses
- Douleurs et fièvre accompagnant les syndromes
- Crise de migraine légère à modérée avec ou sans nausées
- Douleurs rhumatismales
- Douleurs traumatiques musculaires ou tendineuses
- Douleurs post-opératoires en chirurgie dentaire

**Suspension buvable pédiatrique**

Elle est indiquée chez le nourrisson et l'enfant de 3 mois à 12 ans (40 kg) dans :

- Le traitement de la fièvre et/ou des douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures
- Le traitement symptomatique de l'arthrite chronique juvénile

**CONTRE-INDICATIONS :**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée).

- Antécédent d'allergie ou d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine.

Antécédent d'allergie à l'un des constituants de ce produit,

Itiére de l'estomac ou du duodénum en évolution,

Maladie grave du foie,

Maladie grave des reins,

Maladie grave du cœur

Et étymatologique disséminé.

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

**EN GARDE**

- Enfant de plus de 12 ans...

Multe, ne pas dépasser la dose maximale de 1200 mg/jour.

Le supérieur peut provoquer des inconvenients parfois graves qui sont ceux observés avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

on - Enfant :

en douleurs et/ou fièvre, ne pas dépasser la dose maximale de 30 mg/kg/jour. En effet, à ces doses, ce médicament peut provoquer des inconvenients graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

**TION D'EMPLOI :**

otre médecin en cas :

nt d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une tte, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien.

nt anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves.

ts digestifs (hémie hystiale, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens).

du cœur, du foie ou du rein.

Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

nt contenu un anti-inflammatoire non stéroïden : ibuprofène, vous ne devez pas prendre en même temps que le médicament d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

UTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**S MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS. ET NOTAMMENT les anticoagulants oraux, d'autres anti-inflammatoires, y compris l'aspirine et ses dérivés, de l'héparine, du lithium, du méthotrexate à forte dose (supérieure à 15 mg par semaine). IL FAUT TEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

**'ALLAITEMENT :**

tier trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1er jour de vos dernières règles), votre médecin peut être tte, à vous prescrire ce médicament.

grossesse révolus (12 à 24 semaines d'aménorrhée), ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin et en prise brève. ée de ce médicament est fortement déconseillée.

de grossesse révolus (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée), vous ne devez EN AUCUN CAS prendre ce médicament, car ses effets sur t avoir des conséquences graves notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela même avec une seule prise.

médicament alors que vous êtes enceinte de plus de cinq mois révolus, parlez-en à votre gynécologue obstétricien afin qu'une surveillance spécielle.

**Dallonyl®**  
Charbon activé

**Conseils**

Prendre 2 g  
3 fois par jour  
en complément  
équilibré. R  
des sensibilité

Ne pas dépasser la  
Complément au  
Ne pas laisser  
A conserver

**Confort intestinal**



LOT : 220322  
DUO : 04/2025  
63.300H

**Favorise l'élimination des gaz**

**60 gélules  
Voie orale**

**Laboratoires Deva Pharmaceutique**  
J.OUDI Pharmaciens Responsable

**Deva**  
Pharmaceutique  
146-147 - Zone Industrielle  
Tl. Moul - Cravencelle