

# 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 à caractère personnel.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
11-06-2023			200,00	Dr. BRIAN M. MEDICAL Médecin Général Dr. A Farah Dola M.D. 19/01/2018 DC Bn. Halaqah 19/01/2018 Blanda - Tel: 0322 65 00 18

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DAOURA LOTISSEMENT N°62/2 Oulfa Chlef 042097000024 22938458	11/04/2023	498,80
INPE:092010552		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  B & \hline  \end{array}  $		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

#### LETTRE 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

Dr. MOHAMED BEHATE  
Casablanca  
Médecin Généraliste  
Al-Farah Addoha Imm. 19 Sept. 2  
RDC - Bd. Laimoun Hadj Fateh Oulfa  
Casablanca 20190  
Tél. : 05 22 65 00 18

11 - 04 - 2023

الدكتور ~~محمد~~ بحات

خريج المركز الاستشفائي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

طبيب داخلي بمستشفيات الجديدة سابقا

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا

الطب العام

الدار البيضاء. في:

Dr. MOHAMED BEHATE

11 - Flucox 100 mg x 4

14,30 x 1

21 - Profenol 100 mg x 10

18,00 x 2

3 - Doliprane 100 mg x 10

70,90 - 1

Profenol 100 mg x 10

Top 100 mg x 10

جنة الفرج - الضاحي - العمارة 19 الشقة 02 الطابق السفلي، شارع الليمون الحاج فاخ امتداد الالفة - ليساسفة 20190 الدار البيضاء

Lot. AL FARAH - Addoha, Imm. 19, Appt N°2 RDC, Bd.Laimoun Hadj Fateh Extension Oulfa, Lissasfa 20190 Casablanca

Tél.: 05 22 65 00 18

102, ~~0211~~

SI

0211 Phe 20

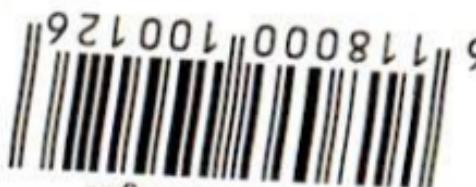
SI

SI

T = 498,80

~~Dr. BEHATE Mohamed  
Médecin Généraliste  
Lei. Al Farah Doha Imm. 19 Apt. 2  
RDC Bd. Haj Farah Hay Oulfa  
Casablanca - Tél: 0522 65 00 18~~

~~DR. K. NASSIM  
Bd Oued El Daïd 52300  
Habiba 0522 65 00 18  
ICE: 0940 3200 70000024  
Tél: 0522 53 384 58~~



30 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée

**FLUDEX® LP**

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, lot FATH 4

SERVICE MAROC  
Les Laboratoires Servier - France



لطفاً تناوله يومياً 30

للمدة 15 يوماً

**LP** ®

Liste II - UNIDUEMENT SUR ORDONNANCE

لطفاً اخليه من الماء قبل تناوله

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لطفاً اخليه من الماء قبل تناوله

68,90

(50 x 20 x 114) mm

30 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée

Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
lmm. ZEVACO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

SERVIER

אנו יתנו

ଶର୍ମିଳା<sup>®</sup> d'l

#### Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

68.90

(50 x 20 x 114) mm

30 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée

FLUDEX<sup>®</sup> LP

Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmoug, 20180 Casablanca

SERVIER

אנו יתנו

ଶର୍ମିଳା<sup>®</sup> d'l

#### Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

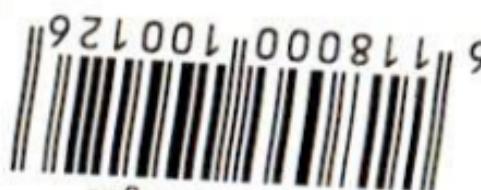
תְּמִימָנָה II: 8. תְּמִימָנָה II: 8. תְּמִימָנָה II: 8.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

ଶର୍ମିଳୀ ॥ ପାତ୍ର ପାତ୍ର କାବ୍ୟ

68.90

(50 x 20 x 114) mm



30 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée

**FLUDEX® LP**

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, lot FATH 4

SERVICE MAROC  
Les Laboratoires Servier - France



لطفاً تناوله يومياً 30

للمدة 15 يوماً

**LP** ®

Liste II - UNIDUEMENT SUR ORDONNANCE

لطفاً اخليه من الماء قبل تناوله

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لطفاً اخليه من الماء قبل تناوله

68,90

(50 x 20 x 114) mm

• pour les enfants de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 comprimés par jour.

• pour les enfants de 4 à 15 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• pour les adultes et enfants dont le poids est supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : la posologie suivre est de 1 à 2 comprimés par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 g DE PARACETAMOL PAR JOUR, (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

• FREQUENCE ET MOMENTS AUXOULES LE MEDICAMENT DONT ETRE ADMINISTRE Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre : • chez l'enfant, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

• chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

• Votre ordre. Bouteille immédiatement après dissolution complète du comprimé dans un grand verre d'eau.

• QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE Doltiprane Vitamine C, comprimé effervescent ? Vouz (ou votre enfant) NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament si :

- vous (ou votre enfant) souffrez d'une maladie grave du foie,
- vous (ou votre enfant) souffrez de calcul rénal,
- vous (ou votre enfant) êtes allergique au paracetamol ou à l'un des constitutants du comprimé effervescent,
- vous (ou votre enfant) êtes allergique au paracetamol ou à l'un des constitutants du comprimé effervescent,

technique = 150 mg, pour un comprimé effervescent.

1500 mg + Vitamine C 150 mg



• pour les enfants de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 comprimés par jour.

• pour les enfants de 4 à 15 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• pour les adultes et enfants dont le poids est supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : la posologie suivre est de 1 à 2 comprimés par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 g DE PARACETAMOL PAR JOUR, (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

• FREQUENCE ET MOMENTS AUXOULES LE MEDICAMENT DONT ETRE ADMINISTRE Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre : • chez l'enfant, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

• chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

• Votre ordre. Bouteille immédiatement après dissolution complète du comprimé dans un grand verre d'eau.

• QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE Doltiprane Vitamine C, comprimé effervescent ? Vouz (ou votre enfant) NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament si :

- vous (ou votre enfant) souffrez d'une maladie grave du foie,
- vous (ou votre enfant) souffrez de calcul rénal,
- vous (ou votre enfant) êtes allergique au paracetamol ou à l'un des constitutants du comprimé effervescent,
- vous (ou votre enfant) êtes allergique au paracetamol ou à l'un des constitutants du comprimé effervescent.

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT A PARTIR DE 27 KG. POUR LES ENFANTS PESENTANT MOINS DE 27 KG., IL EXISTE D'AUTRES PRESENTATIONS DE PARACETAMOL : CHEZ L'ENFANT, SI VOUS NE CONNAISSEZ PAS LE POIDS DE L'ENFANT, IL FAUT LE PESER AFIN DE LIER DONNER LA DOSE LA MEILLEUR ADAPTEE.

PARACETAMOL RECOMMANDEE EST D'ENVIRON 60 MG/KG/JOUR, A REPARTIR EN 4 OU 6 PENSES, SOIT ENVIRON 15 MG/KG TOUTES LES 6 HEURES DURANT 48 HEURES. LA DOSE QUOTIDIENNE DE PARACETAMOL RECOMMANDEE EST D'ENVIRON 60 MG/KG/JOUR, A REPARTIR EN 4 OU 6 PENSES, SOIT ENVIRON 15 MG/KG TOUTES LES 6 HEURES DURANT 48 HEURES. USE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE.

LA DOSE INFORMELLE, LA POSOLOGIE EST :

technique = 150 mg, pour un comprimé effervescent.

1500 mg + Vitamine C 150 mg



PPV:102.00 DH  
PER:10/2027  
LOT:220544

ce  
es  
ou  
le  
cif.  
is.  
i à  
tte

sous un régime alimentaire restreint en sodium. Le bicarbonate de sodium doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints du syndrome de Bartter, d'hypokaliémie, d'alcalose respiratoire et de problème d'équilibre acido-basique. L'utilisation chronique du bicarbonate de sodium peut conduire à une alcalose systémique.  
**EN CAS DE DOÛTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**Interactions avec d'autres médicaments:**

**Prise ou utilisation d'autres médicaments:**

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. OZIL PLUS® peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur OZIL PLUS®.

Vous ne devez pas prendre OZIL PLUS® si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Kétoconazole, itraconazole ou voriconazole (utilisés dans le traitement des infections fongiques) ;
- Digoxine (utilisé dans le traitement de problèmes cardiaques) ;
- Diazépam (utilisé dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant musculaire) ;
- Phénytoïne (utilisé dans l'épilepsie) ; si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS®;
- Mycophénolate mofétil
- Médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres antivitamines K; une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS®;
- Rifampicine (utilisé pour traiter la tuberculose);
- Atazanavir (utilisé pour traiter l'infection VIH);
- Cyclosporine ;
- Benzodiazépine ;
- Tacrolimus (dans le cas de greffe d'organe);
- Millepertuis (Hypericum perforatum) (utilisé dans le traitement de la dépression modérée) ;
- Disulfirame

- Saquinavir (utilisé pour traiter l'infection VIH);
- Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus)).

Produit contenant du fer;

Méthotrexate

Antibiotique contenant de l'ampicilline

Clarithromycine

Il est important que vous informez votre médecin de tous les autres médicaments que vous prenez.

**Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :**

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'omeprazole est excrété dans le lait maternel mais il est peu probable qu'il y ait une influence sur l'enfant lorsqu'il est utilisé à doses thérapeutiques.

Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre OZIL PLUS® pendant l'allaitement.

**Sportifs**

Sans objet.

**Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines**

Sans objet.

**3. COMMENT PRENDRE OZIL PLUS®, GELULE?**

**Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement**

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre.

Gélules  
28



mg  
20  
Ozil plus®  
Omeprazole  
Voie Orale

- Vous allez.

Chaque gélule d'OZIL PLUS® contient 1100 mg de bicarbonate de sodium. La teneur totale en sodium dans chaque gélule est de 304 mg. La teneur en sodium dans OZIL PLUS® doit être prise en considération lors de l'administration à des patients

# بروفينيد 100 ملغ

كتيوبوفين

عن طريق الفم

30 قرصا مغلفا

## Profenid 100 mg

احترم المقادير المعلنة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance - liste II  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

PROFENID 100MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 70DH90  
1180000900802  
LOT : 22E023  
PER : 07 2025

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PROFENID 100 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé :

- Si vous êtes allergique au kétoprofène ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

• A partir du 6ème mois de grossesse.

• Si vous avez déjà eu des bronchospasmes, une crise d'asthme, une rhinite, de l'urticaire ou d'autres réactions allergiques déclenchées par la prise de kétoprofène ou par d'autres médicaments de la même famille que PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé (l'aspirine, les antiinflammatoires non stéroïdiens).

Des réactions allergiques graves, rarement fatales ont été rapportées chez des patients ayant de tels antécédents.

• Si vous avez déjà eu des saignements de l'estomac ou de l'intestin, une ulcération ou une perforation du tube digestif.

• Si vous souffrez d'un ulcère de l'estomac ou de l'intestin ou si vous en avez déjà eu précédemment.

• Si vous avez des saignements au niveau de l'estomac, de l'intestin, du cerveau ou d'un autre organe.

• Si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du cœur.

• Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec ce médicament n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

• Vous avez déjà eu de l'asthme associé à des polypes dans le nez ou à une inflammation au niveau du nez ou des sinus (rhinite ou sinusite chronique). La prise de ce médicament peut entraîner une gêne respiratoire ou une crise d'asthme, notamment chez les personnes allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (voir rubrique « Ne prenez jamais PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

• Vous souffrez d'une maladie du cœur (hypertension et/ou insuffisance cardiaque), du foie ou du rein, ou de rétention d'eau.

• Vous souffrez de troubles de la coagulation.

• Vous souffrez d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (telle que maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique).

• Vous avez déjà eu des problèmes digestifs (comme un ulcère de l'estomac ou duodénum ancien).

• Vous suivez déjà un traitement avec un médicament qui augmente le risque d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragie (voir rubrique « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

### Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

### Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

- Dans certains cas, après un traumatisme.

# رينوفيفرال

كبسولات

باراسيتامول - ماليلات كلورفنامين - فيتامين س



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع ألام الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL®



20 GELULES

Paracétamol , Maléate de  
chlorphénamine  
Acide ascorbique /gélule



6 118 000 080 497

LOT N° :

UT.AV.:

LOT : 220064  
EXP : 01/2025  
PPV : 14,30 H

PPV (DH) :

756.836.07.19