

# 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.

M23-0019923

10261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12445 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## 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° W21-669787

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KHADIRI HAWA

Date de naissance :

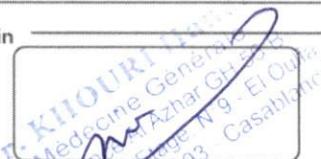
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/04/2023

Nom et prénom du malade :

El Khourek Ramia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastralgie

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 :

CASA

Le : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-669787

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 :

150+267  
610

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

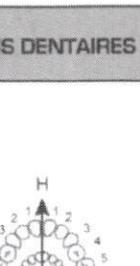
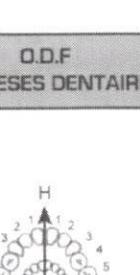
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/04/2023	C	1	Dr. KHOURI, Médecin Général, Résidence Al Azhar, 1er Etage, N° 022-8703000, Immat. 48, rés. 100, 022-8703000, INP : 0912164	INP : 0912164

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

**VIOLET ADHERENT**

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

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.																			
	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"/>																	
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411	H		11433553
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	G		00000000																
	B		35533411																
	H		11433553																
		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																			



\* شهادة جامعية في الفحص بالصدى

\* شهادة في التغذية والحمية

\* شهادة في أمراض السكري

\* شهادة جامعية في طب الشغل

\* طب العائلة

\* مرخصة من طرف وزارة الصحة للفحص الطبي للحصول

على رخصة السياقة أو تجديدها

\* Diplôme Universitaire en Echographie

\* Diplôme de Nutrition et Diététique Médicale

\* Diplôme de Diabétologie

\* Diplôme Universitaire en médecine du travail

\* Médecine de Famille

\* Agrée par le ministère de la santé pour visite médicale pour l'obtention

ou le maintien du permis de conduire

**ORDONNANCE**

03/04/2023.

Rikou Rania

118,50



J Jaxor 20

70,00 1 P /

2 Ref le xant sup  
1 cc 3

78,00

J Diogfar



T = 267,60

Dr. KHOURI Hanane  
Medecine Générale  
Résidence Al Azhar GH56B  
Imm 481 étage N°9 - El Oulfa  
0522 87 03 03 - Casablanca

إقامة الأزهر GH56B (جانب ملحة الأزهر الحسني ) عمارة 48 الطابق الأول رقم 9 الألفة - الدار البيضاء.

Résidence Al Azhar GH56B (Acoté de l'annexe de l'arrondissement Al Azhar Hay Hassani) Imm 481 étage N°9 Oulfa -Casablanca

Tél: 06 74 68 22 81/05 22 87 03 03

الهاتف:

275



# REFLUXAID®

Comprimés à croquer anti-reflux

Sirop anti-reflux

Sticks anti-reflux

## Dans quel cas utiliser REFLUXAID® :

REFLUXAID® est un dispositif médical à usage destiné à être utilisé pour limiter les symptômes de l'oesophagite.

L'utilisation du produit limite la sensation d'irritation, de la difficulté à avaler (dysphagie), de la toux, et de l'enrouement.

## Composition :

**COMPRIMÉS À CROQUER :** Sorbitol

Extrait de Foeniculum Vulgare, E

Angustifolia, Extrait de Tilia Pla

sucralose, arômes.

**SIROP (BOUTEILLE ET STICKS) :**

Extrait de Chamomilla Recutita,

Lavandula, Extrait d'Angustifoli

sodium, p-hydroxybenzoate, p-h

## Formes :

Boîte de 24 comprimés à croquer

Sirop 250 ml avec doseur

Boîte de 24 sticks de 10 ml

## Mode d'emploi :

**COMPRIMÉS À CROQUER :** 1

**SIROP (BOUTEILLE ET STICKS)**

plus de 12 ans : 10-20 ml ou

12 ans : 1 demi-dose.

## Contre-indications :

Ne pas utiliser en cas d'hyp

## Avertissements :

Ne pas dépasser la dose

de traitement et consulter un

avant la date d'expiration indiquée

peut affecter les caractéristiques

que cela n'affecte la qualité du produit.

entre 4° C et 30° C.

**Ne contient pas de gluten, de lactose et d'OGM.**



Extrait d'Anisum Stellatum

LOT

2300704  
2026/01  
PPC 70 DHS

le  
liser  
elles  
) sans  
prise



**Fabriqué par :**

Pharcomed S.r.l. - Via di Ricorboli, 17 - 50126 Firenze - Italie



**Distribué par :**

Promoplus Pharma, Hay Raja 2 N°100 BP 401 Had Soualem Maroc.

# IXOR®

(Oméprazole)

## DENOMINATION DU MEDICAMENT

- IXOR® Comprimés effervescents dosés à 20 mg en boîte de 7, 14 et 28
- IXOR® Comprimés effervescents dosés à 10 mg en boîte de 7, 14 et 28

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être néfaste même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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.

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que IXOR® et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IXOR® ?
3. Comment prendre IXOR® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver IXOR® ?
6. Informations supplémentaires.

## 1- QU'EST-CE QUE IXOR® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

### - Classe pharmaco-thérapeutique

Code ATC : A02BC01

IXOR® comprimé effervescent oméprazole. Il appartient à la pompe à protons, estomac.

### - Indications thérapeutiques

IXOR® comprimé effervescent

#### Chez les adultes :

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO), lorsque le contenu de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlure.
- Les ulcères de la partie haute de l'estomac (ulcère gastrique).
- Les ulcères infectés par Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection.
- Les ulcères de l'estomac et duodénum chez les patients souffrant de maladie de Zollinger-Ellison (syndrome de Zollinger-Ellison).

#### Chez les enfants :

#### Enfants âgés de plus d'un an :

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO), lorsque le contenu de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlure.
- Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

#### Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents :

- Les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

## 2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE IXOR® ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Sans objet.

### - Ne prenez jamais IXOR® (Contre-indications)

Si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des autres composants mentionnés dans ce médicament.

• Si vous êtes allergique à un autre médicament (par exemple pantoprazole, esoméprazole).

• Si vous prenez un médicament pour traiter l'infection par le VIH.

• Si vous êtes dans une des situations où IXOR® comprimé effervescent n'est pas recommandé à votre médecin ou votre pharmacien : vous êtes allergique à l'oméprazole, vous prenez un médicament pour traiter l'infection par le VIH.

• En raison de la présence d'aspéritine indiquée en cas de phénylcétonurie.

• Faites attention avec IXOR® comprimé effervescent : précautions particulières d'empilement.

Prendre en compte la teneur en sels de calcium et de magnésium dans votre régime hyposodé strict.

• IXOR® 20 mg : environ 765,7 mg d'aspéritine.

• IXOR® 10 mg : environ 768,6 mg d'aspéritine.

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien.

IXOR® 20 mg

28 comprimés effervescent



6 118000 032809

• Vous avez été associé à une tumeur de l'estomac.

• Si vous avez des problèmes hépatiques.

• S'il vous est déjà arrivé de développer des symptômes de maladie de Zollinger-Ellison après un traitement avec un médicament qui réduit l'acidité de l'estomac.

• Vous devez faire un examen sanguin pour vérifier votre taux de calcium.

Si vous prenez IXOR® comprimé effervescent, il est recommandé de prendre

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescent

PPU 118DH50

EXP 11/2024

LOT 28018 6

concerne également les médicaments prescrits avec une ordonnance.

IXOR® comprimé effervescent peut réagir avec d'autres médicaments et certains peuvent avoir un effet sur IXOR® comprimé effervescent. Vous ne devez pas prendre IXOR® comprimé effervescent avec un médicament contenant de l'aspéritine (par exemple pour traiter l'infection par le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien de l'un des médicaments suivants :

• Kétoconazole, itraconazole, (utilisés dans le traitement des infections fongiques).

• Digoxine (utilisé dans le traitement des maladies cardiaques).

• Diazépam (utilisé dans le traitement des maladies neurologiques ou comme relaxant musculaire).

• Phényletoïne (utilisé dans le traitement de l'épilepsie). Il est recommandé de faire une surveillance par votre médecin au début et à l'arrêt de l'administration.

• Médicaments anti-coagulants.