

# 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 d'à caractère personnel.

N° W21-794391



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule	7926	Société	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NEHAS ES-SAïD A 74193
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06-62-02-96-44	Total des frais engagés :	434,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	Néhas E S-Saïd Age :		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gingivite		
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



06 SEP 2023  
ACCUEIL

## **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
26/06/23	C		150DH	INP : 091027102 091027102 Dr Lalla BENNOUNA Médecine de l'échographie ayall

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANSEL MATAR Dr EL MABROUKI Hakim Rabil 0036- Casablanca 25/2/2026	26/06/23	284,20

## **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
		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.

ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليل بونوة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

الغدية

تخسيس الوزن بالآلات متخصصة

PHARMACIE HAV EL MATH  
DE EL MABREK - KU Hakim  
Tél: 05.22.93.20.26  
Casablanca le : 26 Juin 2023

دار البيضاء في :

26 Juin 2023

Nehes

75,50 ₣-Saïb

Risipitazole. 250mg 14x3n

44,20

14x3n

Pratol 2x3n

52,80

1gel à jeun

Kalmagas.

79,90

1gel x 3n

efferalfan 12.

15,90d2 =  
Dr. Laila BENNOUNA  
Médecine Gén. Echographie 1,80  
Médecine du Travail  
Tél. 05.22.93.31.72

14x3n

284,20

7. الطابق السفلي. زنقة 11. مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

# BISPIRAZOLE

Métronidazole 250 mg

PPV : ZEDH50

à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

notice avant de prendre ce médicament.  
sur votre traitement.  
ez un doute, demandez plus d'informations

## COMPOSITION :

Spiramycine.....	1,5 MUI
Métronidazole .....	250 mg
Excipients Q.S.P .....	1 comprimé pelliculé

## FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé pelliculé, boîte de 15.  
Liste I (tableau A).

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient deux antibiotiques : la spiramycine de la famille des macrolides, et le métronidazole de la famille des imidazolés.

- Il est utilisé dans le traitement curatif et préventif des infections de la bouche et des dents notamment, abcès dentaires, phlegmons, gingivites, stomatites, infections des glandes salivaires, complications infectieuses locales pouvant survenir après une chirurgie odontostomatologique.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'allergie aux imidazolés et/ou aux macrolides
- de traitement par le disulfirame
- d'intolérance au gluten
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### - Mises en garde

- Interrompre le traitement en cas d'ataxie, de vertiges, de confusion mentale.
- Tenir compte du risque d'aggravation de l'état neurologique chez les malades atteints d'affections neurologiques centrales et périphériques sévères, fixées ou évolutives.
- Eviter les boissons alcoolisées pendant le traitement.
- Possibilité de réactions allergiques.
- Ne pas associer au disulfirame et à certains anticoagulants.





PPV : 52DH80  
PER : 03/24  
LOT : K2832-2



à votre

d'autre, même

en

- 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.

#### **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI) .....	20 mg
Excipients qsp .....	1 gélule

#### **FORME PHARMACEUTIQUE**

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

#### **CLASSE PHARACO-THERAPEUTIQUE**

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

#### **DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT**

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

##### Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

##### Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10 \text{ kg}$

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

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.

#### **COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT**

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :





Comprimé  
Voie orale

# KALMAGAS®

## FORME ET PRÉSENCE

Comprimé, boîte de 30.

## COMPOSITION :

Charbon végétal activé,  
(Foeniculum vulgare) huile essentielle, Wakamé (Und.)

## PROPRIÉTÉS :

KALMAGAS® Transit est à base de charbon végétal activé et d'actifs naturels dont la synergie contribue à éliminer les gaz et à soulager les spasmes intestinaux tout en facilitant le transit procurant ainsi un confort intestinal global.



LOT : 210276  
PER : 05/2024  
PPC : 79,90 DH

PPV 15DH90

EXP 05/2025  
Lut 23031 2

® 500mg

## Paracétamol comprimés effervescents

**Important :** ces comprimés craignent l'humidité et la chaleur.

### Présentation :

Boîte de 16 comprimés effervescents.

### composition :

Paracétamol 0,500 g .

Excipient q.s.p.

1 comprimé de 3,26 g.

### Propriétés :

Antalgique.

Antipyrétique.

### Indications :

Traitements symptomatiques des affections douloureuses et des affections fébriles.

### Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel .
- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.
- En raison de sa teneur en principe actif, ne pas administrer ce produit au jeune enfant, à moins d'un fractionnement de la prise.
- En cas de régime désodé ou hyposodé, il faut savoir que chaque comprimé d'EFFERALGAN 500 mg contient environ 412,4 mg de sodium et en tenir compte dans la ration journalière.

### Mode d'emploi et posologie :

- Adultes à partir de 15 ans : 1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour.

- Enfants (de 7 à 15 ans) :

• de 7 à 13 ans : un demi comprimé 1 à 3 fois par jour .

• de 13 à 15 ans : 1 comprimés 1 à 3 fois par jour .

Dissoudre les comprimés dans un grand verre d'eau .

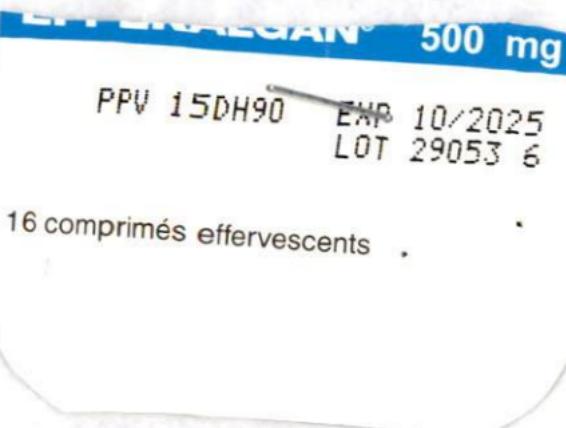
Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

# EFFERALGAN® 500mg

Paracétamol  
comprimés effervescents

**Important :** ces comprimés

**Présentation :**  
Boîte de 16 comprimés effe



**composition :**  
Paracétamol 0,500 g .  
Excipient q.s.p.  
1 comprimé de 3,26 g.

**Propriétés :**  
Antalgique.  
Antipyrétique.

**Indications :**  
Traitement symptomatique des affections douloureuses et des affections fébriles.

**Précautions d'emploi :**

- Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel .
- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.
- En raison de sa teneur en principe actif, ne pas administrer ce produit au jeune enfant, à moins d'un fractionnement de la prise.
- En cas de régime désodé ou hyposodé, il faut savoir que chaque comprimé d'EFFERALGAN 500 mg contient environ 412,4 mg de sodium et en tenir compte dans la ration journalière.

**Mode d'emploi et posologie :**

- Adultes à partir de 15 ans : 1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour.
- Enfants (de 7 à 15 ans ) :
  - de 7 à 13 ans : un demi comprimé 1 à 3 fois par jour .
  - de 13 à 15 ans : 1 comprimés 1 à 3 fois par jour .

Dissoudre les comprimés dans un grand verre d'eau .  
Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Laboratoires LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires U P S A

F93232P070593