

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique 177374

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1006

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOUEL OUAKAR Fouzia veuve Raiss

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : APPartement 3<sup>e</sup> Résidence AHP Fadi Pa Angle Rue All Ben Baha Casablanca

Tél. : 06.22.38.87.97 Total des frais engagés : 1416.40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/10/23

Nom et prénom du malade : Abouel ouakar Fouzia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

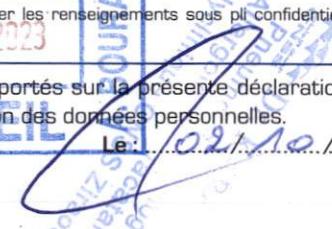
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 02/10/23

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
02/10/23	CS	1500		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DERB TALIANE</b> 416, Rue Goulimma - Casablanca Tél: 05 22 27 79 95 ICE: 002804443000082	2/10/23	296,42

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 714536	N° SEJOUR : 230038863	<b>FACTURE N° 2302012492</b>				DATE D'ENTREE : 02/10/2023		DATE DE SORTIE : 02/10/2023				
ASSURE :						DESTINATAIRE :		ABOU EL OUAKAR, Fouzia				
MALADE : ABOU EL OUAKAR, Fouzia		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI										
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 : REF. PC 2 :		NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 10211 DR KABBAJ SAID PNEUMOLOGIE				TOTAUX : 150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE : 0.00	REGLE : 150.00				AVOIR :	
				RESTE DU: 0.00						
DATE FACTURE : 02/10/2023 EDITEE LE : 02/10/2023 PAR: R8658				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI						
				BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54						

POURVOIR  
Carte de  
Vises Ziroui

## وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE DERBTALIANE  
416, Rue Goulimia - Casablanca  
Tél: 05 22 27 79 95  
ICE: 002804443000082

le 10.23

Alma El on a CAR Filly

69 v. 4's 1) Rio Vau, n  
III D

WS 20. 29 Salut 12/29  


3500 Dr. KABBAJ Saïd  
Neurophtisiologue  
Vaccinaire  
CNSS Ziraour  
AS

300 - 41/18/1988 fluminense

7360

6539

296, 4069 Ventelue 87000  
 POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI - RUE KHOULI EL ZIRAOUI, BOURGOGNE, DAKAR, SENEGAL  
 VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

# Fluibron®

Ambroxol  
Syrup  
Flacon 200ml  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240426

# Fluibron® 0,3%

Ambroxol

à soupe

10 jours

l'antécé-  
un des

BLE DE  
OU DE

irop est  
que tout

testinaux  
gastralgies,  
dosologie.

## 2- COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Ambroxol chlorhydrate (DCI) ..... 0,30 g

Pour 100 ml de solution buvable.

**Excipients** : sorbitol liquide, glycérol, acide citrique monohydrate, saccharine sodique, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, arôme, silicon suspension, eau purifiée.

## Liste des excipients à effet notable :

sorbitol liquide, parahydroxybenzoate de propyl, parahydroxybenzoate de méthyle, glycérol.

## 3- CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

MUCOLYTIQUES.

(R: Système respiratoire).

## 4- INDICATIONS

Traitements des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est un expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

## 5- POSOLOGIE :

Posologie

30,00



Ont été décrits:

- des cas de réactions cutanéomuqueuses à type d'œdème, de rash, de prurit, d'urticaire;
- très rarement des manifestations anaphylactoïdes avec survenue de choc et œdème de Quincke qui ont été d'évolution favorable dans les cas rapportés.

Dans ces cas, le traitement devra impérativement être interrompu.

Ont été également très rarement décrits:

- des cas de céphalées et de vertiges.

Peut présenter un effet laxatif léger (Valeur calorique 2,6 kcal/g de sorbitol).

Peut provoquer des réactions allergiques aux parahydroxybenzoates de méthyle et de propyle (éventuellement retardées).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## 8- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

500 ملغم

**BioVanic 500 mg**  
5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

Deva

مختررات ديفا للصيدلة  
ج. وأجدى صيدلي مسؤول  
146-الطبقة الصناعية بيطمبل - الدار البيضاء

# بيوفانيك

ليفوفلوكساسين

LOT: M0964  
PER: 02/2025  
PPU: 69,00DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

5

500 ملغم

مضاد حيوي

ليفوفلوكساسين  
5 أقراص مغلفة قابلة للكسر

Code : AC2 - 00183



# Ventoline

SALBUTAMOL

100  
microgrammes/  
dose

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
200 DOSES

N E 3 D  
0 1 2 0 2 5  
4 5 , 3 0 D H

Ventoline 100 mcg  
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

JR

ies/dose,  
en pressurisé



ment car elle contient des

pharmacien.  
pas à d'autres personnes.  
identiques aux vôtres.

... que ce n'est pas nécessaire, qu'il soit mentionné ou non dans cette  
médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.

00 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon  
est-il utilisé ?

Il est à connaître avant d'utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose,  
en flacon pressurisé ?

VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon

rables éventuels ?

VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon  
autres informations.

## VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

que : Bronchodilatateur Bêta-2 mimétique à action rapide et de courte  
Système Respiratoire) - code ATC : R03AC02

n bêta-2 mimétique : le salbutamol.

(il augmente le calibre des bronches) à action rapide (il agit en quelques  
se (4 à 6 heures) qui s'administre par voie inhalée (en l'inspirant par  
ateur).

Il est utilisé pour le traitement de l'asthme ou pour soulager une gêne respiratoire au cours de la  
maladie asthmatique ou de certaines maladies des bronches.

Il peut également vous être prescrit en traitement préventif de l'asthme déclenché par l'effort.

Si vous avez de l'asthme, en fonction de sa sévérité, votre médecin peut prescrire Ventoline seul ou  
en complément d'un traitement de fond continu par un ou plusieurs autres médicaments, comme les  
corticoïdes par voie inhalée.

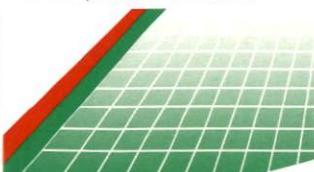
Il peut également vous être prescrit pour certains tests respiratoires.

# Solupred® 20mg

Prednisolone  
Voie orale



20 comprimés effervescents



SANOFI

Lot/Batch: 1P92A  
Fab./mfg.: 03/2022  
EXP: 02/2025

# Solupred® 20mg



R900570

# صوليبريد® 20 ملغ

بردينزولون

عن طريق الفم

20 قرصاً فائراً

### Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc.  
Route de Rabat R.P.1, Ain Sebaâ,  
Casablanca.  
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien  
Responsable.

**Nom et adresse du fabricant :**  
**Opella Healthcare International SAS**  
56, route de Choisy  
60200 Compiègne

LSR

OPEN

20 comprimés effervescents

voie orale

# Solupred® 20mg

## Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير المعيبة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بوصفة طبية - جدول A (النهاية I)

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V: 48,70 DH

6 118000 060536



**Composition :** Prednisolone ... 20mg  
(sous forme de métasulfobenoate de sodium)

**Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent.**  
**Excipients à effet notable :** Lactose  
Monohydraté, Sodium, Sorbitol.

**NE PAS LAISSER A LA PORTÉE ET A LA  
VUE DES ENFANTS.**

Reboucher soigneusement le flacon  
après chaque prise.





# OEDES® 20 mg

Microgranules gastrorésistants en gélatine (Omeprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, ou plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

## 1. Identification du médicament:

Forme pharmaceutique et présentation:

OEDES® 20 mg, Microgranules gastro-résistants en gélatine, 7, 14, 28 et 56

## 2. Composition du médicament:

Principes actives:

Omeprazole

EXCIPIENTS: q.s.p une gélule

Excipient à effet notoire: Saccharose.

## 3. Classe pharmaco-thérapeutique:

OEDES® 20 mg contient la substance active Omeprazole appartenant à la classe des médicaments appelée inhibiteur de pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produit dans l'estomac.

## 4. Indications thérapeutiques

OEDES® 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes:

### Chez les adultes :

- le reflux gastro-oesophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'oesophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère de votre estomac (ulcère gastrique).

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter.

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). OEDES® 20 mg 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 ≥ 10 kg :

- le reflux gastro-oesophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'oesophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

- 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.

5. Posologie, Mode et/ou voies(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement :

Veillez toujours à prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien.

Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

## Posologie :

Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous:

### Utilisation chez les adultes :

Traitement des symptômes du reflux gastro-oesophagien tels que brûlures et régurgitation acide.

Si votre médecin constate que votre oesophage a été légèrement endommagé, il peut prescrire OEDES® 20 mg pour aider à réparer

les lésions (teintes de sang). Il peut également augmenter la sévérité ou la persistance, car l'omeprazole peut entraîner des diarrhées infectieuses, des crises hépatiques sévères, ou développer une réaction cutanée après un médicament similaire à OEDES® qui réduit

ou un examen sanguin spécifique.

20 mg au long-cours (durée supérieure à deux semaines) probablement de façon à éliminer précisément les symptômes et/ou exceptionnels, quand vous voyez votre

docteur à propos de la pompe à protons tel que OEDES® 20 mg. Cela peut également augmenter le risque de fracture des vertèbres. Prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez des corticoïdes (comme l'ostéoporose).

Sur la peau, en particulier au niveau des articulations, prévenez votre médecin dès que possible, de arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg et mentionner également tout autre effet indésirable dans vos articulations.

Les personnes d'une maladie chronique peuvent à long terme bien que celui-ci ne soit pas pas ce médicament aux enfants de moins de 18 ans.

Excipients à effet notoire : Saccharose, ce médicament est présentant une intolérance au fructose, au sorbitol ou au galactose ou un cas (maladies héréditaires rares).

Autres médicaments : Si vous prenez un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. OEDES® 20 mg peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur OEDES® 20 mg.

Vous ne devez pas prendre OEDES® 20 mg si vous prenez un médicament contenant du neflénavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH). Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Ketoconazole, Itraconazole, posaconazole 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 sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration de OEDES® 20 mg;

- Médicaments anticancéreux pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres anti vitamines K; une surveillance par votre médecin sera nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration de OEDES® 20 mg;

- Rifampicine (utilisé pour traiter la tuberculose);
- Atazanavir (utilisé pour traiter l'infection VIH);
- Tacrolimus (dans le cas de greffe d'organe);
- Miltefibrate (Hypericum perforatum) (utilisé dans le traitement de la dépression modérée);

- Clofazolam (utilisé dans le traitement de la claudication intermittente);
- Saquinavir (utilisé pour traiter l'infection VIH);
- Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus));
- Erlotinib (utilisé dans le traitement du cancer);
- Méthotrexate (médicament utilisé en chimiothérapie à forte dose).

LOT 211545

EXP 05/2024

PPV 30.00DH

COOPER  
PHARMA

OEDES 20mg

7 gélules



6118001 100064