

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0049855

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1925 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUDCHAR M'HAMED  
Date de naissance : 17.7.1955  
Adresse : 32 Bd 11 JANVIER ANFA  
Tél : 0661192324  
Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/8/23  
Nom et prénom du malade : BOUCHERAA LAILA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Infection digestive  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/8/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
28/01/2023	S		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

28/08/2023 272,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ 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 canaux, 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														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																
		DATE DU DEVIS																
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif  
du Foie & de l'Anus**

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abcès  
Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie  
Ex chef de service de Gastro-entérologie  
à l'hôpital Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، اليواسير  
الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي  
للمعدة والمعوي الغليظ  
تشخيص وجراحة أمراض المخرج  
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى  
مولاي عبدالله المحمدية

Mohammadia Le: 28/08/2020

BOUCHE FAN Lait

12070

① Zolam 30

1cs

8L & 10

89,5

② Neshi 4m 200

1cs

3

6270

③ Arginine 100

2cs

3

272,90

PHARMACIE EL AIL  
Dr. KHALID LOUD  
394 Bd. EL Moudjahid EL Aila Mohammadia  
Tél : 05 23 82 77 58



# ZOLAM® 30 mg

Lansoprazole

Microgranules gastro-résistants en gélule

## COMPOSITION

Lansoprazole ..... 30 mg  
Excipients dont lactose et saccharose : q.s.p 1 gélule gastro-résistante

## PROPRIETES

Le lansoprazole est un inhibiteur spécifique de la pompe à protons H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase de la cellule pariétale gastrique : il diminue la sécrétion acide quelle que soit la nature de la stimulation.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.

## ATTENTION

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :  
Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'allergie au lansoprazole ou à l'un des constituants.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### Mise en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

Pour une bonne utilisation de ce médicament, il est indispensable de suivre les prescriptions de votre médecin.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affection chronique du foie et chez les enfants.

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

### Grossesse - Allaitement

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament au cours de la grossesse et de l'allaitement.

**DE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT ;**

## EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS ;

Ont été rapportés :

- de rares cas de diarrhée, nausée, vomissement, douleur abdominale, constipation ;
- de rares cas de céphalées et exceptionnellement des sensations vertigineuses ;
- de très rares cas de prurit, rash cutané, urticaire ;
- des cas isolés d'élévation réversible des transaminases ;
- des cas isolés de thrombopénie, leucopénie.

Ces manifestations, le plus souvent transitoires, sont d'intensité modérée et

n'ont qu'exceptionnellement nécessité l'arrêt du traitement.

De rares cas de gynécomastie ont été observés.

D'exceptionnelles hyponatrémies ont été signalées, en particulier chez le sujet âgé.

**SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERA PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE**

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

### Posologie

Eradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale :

Sont recommandés les schémas posologiques suivants :

- \* soit 1 gélule de lansoprazole 30 mg matin et soir associée à clarithromycine 500 mg matin et soir et à amoxicilline 1000 mg matin et soir, pendant 7 jours
- \* soit 1 gélule de lansoprazole 30 mg matin et soir associée à clarithromycine 500 mg matin et soir et à métronidazole ou tinidazole 500 mg matin et soir, pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 30 mg de lansoprazole par jour pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.

L'efficacité du traitement dépend du respect du schéma posologique, notamment de la prise de la trithérapie durant les 7 jours.

Ulcère duodénal évolutif : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 semaines.

Ulcère gastrique évolutif : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

Oesophagite par reflux gastro-oesophagien : 1 gélule de lansoprazole 30 mg par jour pendant 4 semaines avec éventuelle seconde période de 4 semaines à la même posologie en fonction des résultats endoscopiques.

Syndrome de Zollinger-Ellison : la posologie initiale est de 60 mg de lansoprazole une fois par jour. La posologie doit être ajustée individuellement et le traitement

recommencé après la normalisation des paramètres sérologiques.

ZOLAM® 30 mg

28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240969

Ce médicament peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants ;  
Ont été rapportés :

Imp. AJDIR

PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

CS0579 0313

# أرجنين فيرون

## كلوريدات أرجنين

الشكل والتقديم :

محلول للشرب :

قنينة من 125 و 250 مل.

حبابة من 5 مل، علبه 20 حبابة.

التركيب :

محلول للشرب :

- قنينة :

كلوريدات أرجنين ..... 16,40 غ.

سواغ ك كل ..... 100 غ من المحلول.

- حبابة :

كلوريدات أرجنين ..... 1 غ.

سواغ ك كل ..... 5 مل.

سواغ ذومفعول هام : باراهيدروكسينزوات المثل، سكروز.

الخصائص :

مضاد للعياء و محافظ على وظيفة الكبد.

حالات الإستعمال :

- معالجة الأعراض الناتجة عن العياء الوظيفي.

- معالجة الأعراض الناتجة عن اضطرابات وظيفة الكبد.

الإحتياجات :

- لا يستعمل المستحضر في حالة إحتقان المسالك المرارية وفي حالة قصور حاد لخلايا الكبد.

- يجب الأخذ بعين الإعتبار كمية السكر في المستحضر خاصة عند مرضى السكري وحالة حمية نقص السكر.

- يجب توقيف العلاج في حالة الإسهال أو آلام البطن.

التأثيرات الغير مرغوب فيها :

إسهال محتمل في حالة جرعات كبيرة.

المقادير وطريقة الإستعمال :

كجميع مضادات العياء لا يستعمل المستحضر لمدة طويلة.

يؤخذ مع قليل من الماء.

البالغين :

تتراوح الجرعة ما بين 3 إلى 6 غ / اليوم أي ما يعادل 3 إلى 6 حبابات أو ملعقة إلى ملعقتين كبيرتين من محلول الشراب.

الأطفال :

حبابتين إلى 3 حبابات في اليوم.

الرضع :

حبابة واحدة في اليوم.

مختبرات بيير فابر أدوية

مختبرات نوفوفارما

الدار البيضاء

# arginine veyron

Arginine chlorhydrate

## FORME ET PRESENTATIONS :

### Solution buvable :

Flacons de 125 ml et 250 ml.

Ampoules buvables de 5 ml, boîte de 20.

## COMPOSITION :

### Solution buvable

#### - Flacon :

Chlorhydrate de L(+) Arginine ..... 16,40g.

Excipient qsp ..... 100 g de Solution.

#### - Ampoule buvable :

Chlorhydrate de L (+) Arginine ..... 1g.

Excipient qsp ..... 1 Ampoule de 5 ml.

**Excipient à effet notoire :** Parahydroxybenzoate de méthyle, Saccharose.

## PROPRIETES :

Antiasthénique et hépatotrope : apport d'acide aminé.

## INDICATIONS :

Utilisé dans :

- Le traitement symptomatique de l'asthénie fonctionnelle.
- Le traitement des symptômes fonctionnels présumés d'origine hépatique, en l'absence d'activité spécifique actuellement démontrée.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer en cas d'obstruction des voies urinaires grave;
- En cas de diabète ou de régime hypoglucidique;
- En cas de diarrhée ou de douleurs abdominales.

## EFFETS INDESIRABLES :

Risque de diarrhée à forte dose.

## MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE :

Comme pour tout traitement antiasthénique.  
A diluer avec de l'eau.

### Adultes :

La posologie varie de 3 à 6 g par jour, soit 3 à 6 ampoules buvables en flacon.

**Enfants :** 2 à 3 ampoules buvables par jour.

**Nourrissons :** 1 ampoule buvable par jour.

LABORATOIRES PIERRE

Fabriqué par les labor

**Solution  
buvable**  
**Arginine  
Veyron**

LOT:554  
PER:10/25  
PPV:62,70DH

# نيوبالين<sup>®</sup>

## ديجست



محلول للشرب  
عن طريق الفم

### الشكل و التقديم:

محلول للشرب، قارورة 200 مل.

### الخصائص:

**نيوبالين<sup>®</sup> ديجست** محلول للشرب، مكوّن من مستخلصات طبيعية توفر راحة هضمية شاملة.

### نصائح الإستعمال:

ملعقة واحدة (1) مرتين (2) في اليوم قبل وجبات الأكل الأساسية.

### إحتياطات الإستعمال:

- يستعمل كمكّمل لتغذية متنوعة.
- إحترام الكمية المنصوح بها.
- يوضع بعيدا عن متناول الأطفال الصغار.
- يحفظ بعيدا عن الرطوبة و الحرارة.
- مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارمالايف ريسورتش إيطاليا.  
مستورد إلى المغرب من طرف مديرو فارما.

رخصة وزارة الصحة رقم : DA20180907119DMP/20UCA/MAv3





Solution buvable  
Voie orale

# Neobiline<sup>®</sup> Digest

## FORME ET PRESENTATION :

Solution buvable, flacon de 200ml

## COMPOSITION :

Artichaut (*Cynara scolymus*) feuilles extrait sec, Ortie (*Urtica dioica*) feuilles extrait sec, Cassis (*Ribes nigrum*) feuilles extrait sec, Chardon-Marie (*Silybum marianum*) fruit extrait sec, nicotinamide, vitamine B6, vitamine B12, jus concentré de Pomme, jus concentré de Prune, eau déminéralisée, fructose, arôme, conservateur : sorbate de potassium.

## PROPRIETES ET UTILISATIONS :

**Neobiline<sup>®</sup> Digest** solution buvable est à base d'actifs naturels procurant un confort digestif global.

## CONSEILS D'UTILISATIONS :

1 cuillère à soupe 2 fois par jour, avant les principaux repas.

## PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- À utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Ne pas dépasser la dose journalière conseillée sans l'avis d'un professionnel de santé.
- Tenir hors de portée des jeunes enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament .

Fabriqué par Pharmalife Research s.r.l.

Importé au Maroc par MEDIPRO Pharma

Autorisation ministère de la santé : DA20180907119DMP/20UCA/MAv3



Lot :  
A consommer  
avant le :  
PPC : 89,50 DH

230357  
04/2027