

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Declaration de Maladie

N° W21-805943

183073

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12388 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEBBANE HICHAM

Date de naissance : 05-09-1974

Adresse : 313 des Meknes, EL ALIA MOHAMMEDIA

Tél. : 0611 77 58 38 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEBBANE HICHAM

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 : MOHAMMEDIA Le : 07/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-805943

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 : 12388

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
02/11/2023	G		250	09112649

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/23	176,30

[illegible][illegible]

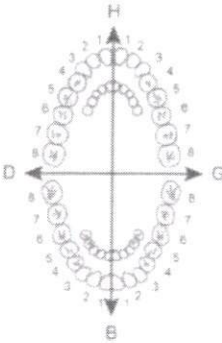
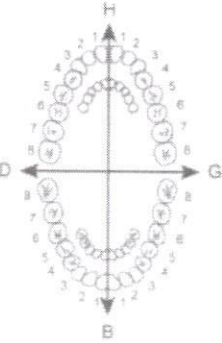
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PEDIATRE

15, Avenue des F.A.R
1er étage App. N° 4 - Mohammedia
Tél. : C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15 شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
العيادة : 05 23 31 06 08
المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le

المحمدية، في :

ESSABAN, Hoebane

1630 1)

2500⁹

40,00

1800

41

AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES

Pharmacie Orthopédie
Du Maghreb

Offered by
19/11/17

1. Muxol

77,00

UNIT 7 No. 75

Ad 18/5/75

03 ju

176,30

Signature

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880

UNIZITRO®

COMPOSITION

UNIZITRO comprimé pelliculé :

- Azithromycine (DCI) 500 mg
- (équivalent à 524,0 mg d'azithromycine dihydrate)
- Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

UNIZITRO suspension buvable :

- Azithromycine (DCI) 200 mg
- (équivalent à 209,6 mg d'azithromycine dihydrate)
- Excipients q.s.p. 5 ml

FORMES ET PRESENTATION

- Comprimé pelliculé à 500 mg : Etui de 3 comprimés pelliculés.
- Suspension buvable à 200 mg / 5 ml : Flacon de 15 ml.
- Suspension buvable à 200 mg / 5 ml : Flacon de 30 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibiotique de la famille des macrolides.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques pharmacocinétiques de l'azithromycine. Elles tiennent compte à la fois des études cliniques auxquelles a donné lieu le médicament et de sa place dans l'éventail des produits antibactériens actuellement disponibles.

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme :

- Infections du tractus respiratoire supérieur ; amygdalite, pharyngite.
- Infections du tractus respiratoire inférieur : bronchite et pneumonie.
- Infections de la peau et des tissus mous.
- Urétrites / Cervicites (associées à C. trachomatis ou à U. urealyticum).

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant :

- Antécédent d'allergie à l'azithromycine ou à tout autre antibiotique.
- Insuffisance hépatique grave.
- Les malades en cours de traitement avec les dérivés d'ergotamine.

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

POSOLOGIES

L'azithromycine doit toujours être administrée en une seule prise par jour.

Comprimé :

Adultes & enfants de plus de 45 kg :

- Pour le traitement des infections respiratoires hautes et basses, des infections stomatologiques, la posologie est de 500 mg en une seule prise pendant 3 jours.
- En ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles dues à Chlamydia trachomatis, la posologie est de 1 comprimé à jeun pendant 3 jours.

Enfants de moins de 45 kg :

- 10 mg/kg/jour, pendant 3 jours.

Chez les personnes âgées, les malades présentant une insuffisance rénale légère, il est nécessaire d'ajuster la posologie.

UNIZITRO® 200 mg / 5 ml
Poudre pour
suspension buvable
flacon de 30 ml



6 1 18000 071358

EUMOXOL®

Ambroxol chlorhydrate

Formes et présentations :

Solution buvable à 0,3 % : Flacon de 125 ml et flacon de 250 ml

Composition :

Ambroxol chlorhydrate (DCI) 0,3 g
Excipients q.s.p 100 ml

Propriétés :

L'ambroxol chlorhydrate possède des propriétés mucolytiques et expectorantes. Il stimule, par son action sur les cellules sécrétrices, la sécrétion bronchique et favorise la production d'un mucus plus mobilisable.
Il augmente l'activité ciliaire.

Indications :

Affections aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire avec production anormale ou altérée de mucus, notamment au cours des bronchites aiguës et chroniques, bronchites asthmatiques, bronchiectasies, poussées aiguës des broncho-pneumopathies chroniques.

Contre-indications :

- Antécédents de réactions d'hypersensibilité à l'ambroxol chlorhydrate
- Nourrisson de moins de 2 ans

Effets indésirables :

- Possibilité de survenue de troubles gastro-intestinaux mineurs à type de nausées, vomissements, gastralgies, cédant rapidement à la diminution de la posologie.
 - Des cas de réactions cutanées d'urticaire, des manifestations allergiques de type Quincke qui ont été d'évolution favorable.
- Dans ces cas, le traitement devra être interrompu.

Mises en garde et précautions :

L'association d'un mucomodificateur avec des substances asséchant les sécrétions bronchiques.
Grossesse/Allaitement : En cas d'utilisation de ce médicament n'est pas recommandé.

Posologie et mode d'emploi :

Selon prescription médicale.

Adulte :

La posologie moyenne de chlorhydrate d'ambroxol est de 30 mg par jour, soit 1 cuillère à soupe (15 ml), 2 fois par jour.

Enfant :

2 à 5 ans : 1/2 cuillerée à café 3 fois par jour
Plus de 5 ans : 1 cuillerée à café 3 fois par jour

Ne pas laisser ce médicament à la portée des enfants.
Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée sur le conditionnement extérieur.

LOT : 5028
PER : 06 - 26
P.P.V: 18 DH 00

Eumoxol®
Ambroxol

Eumoxol 0,3%
solution buvable flacon 125ml



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca

EFFIPRED®

(Prednisolone)

PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg

Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

- Comprimés effervescents à 20 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg

Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité
- Certaines viroses en évolution
- États psychotiques encore non

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET M

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 03/2026
LOT 33054 2

LORODES® 0,5 mg/ml

Solution buvable
Desloratadine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez une toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations 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, cela pourrait lui être nocif.
- 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 LORODES® solution buvable et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LORODES® solution buvable ?
3. Comment prendre LORODES® solution buvable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LORODES® solution buvable ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. Qu'est-ce que LORODES® solution buvable et dans quel cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique :

Antihistaminiques anti-H1, code ATC : R06A X27

Indications thérapeutiques :

LORODES® est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an pour le traitement symptomatique de :

- la rhinite allergique
- l'urticaire

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LORODES® solution buvable ?

Ne prenez jamais LORODES® solution buvable

- si vous êtes allergique à la desloratadine, ou à l'un des excipients contenus dans ce médicament ou à la loratadine.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère avant de prendre LORODES® :

- si vous présentez une maladie des reins.

Utilisation chez les enfants et les adolescents

Ne donnez pas ce médicament à des enfants de moins de 1 an.

Autres médicaments et LORODES®

Il n'y a pas d'interactions connues de LORODES® avec d'autres médicaments. Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

LORODES® solution buvable avec des aliments, des boissons et de l'alcool

LORODES® peut être pris pendant ou en dehors des repas. La plus grande prudence est recommandée si vous prenez de l'alcool en même temps que votre

traitement par LORODES®.

Grossesse, allaitement et fertilité

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

La prise de LORODES® solution buvable n'est pas recommandée si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.

Fertilité

Aucune donnée n'est disponible sur la fertilité chez l'humain.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

À la dose recommandée, il est peu probable que ce médicament affecte votre capacité à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Bien que la plupart des personnes ne ressentent pas de somnolence, il est néanmoins recommandé de tester votre réponse à ce médicament avant d'accomplir des activités exigeant une vigilance, telles que conduire des véhicules ou utiliser des machines.

LORODES® solution buvable contient du sorbitol

Si votre médecin vous a informé que vous présentez une intolérance à certains sucres, contactez votre médecin avant de prendre ce médicament.

3- Comment prendre LORODES® solution buvable ?

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

Enfants

Enfants de 1 à 5 ans :

La dose recommandée est de 2,5 ml (½ cuillère de 5 ml) de solution buvable

de solution buvable

de solution buvable

ou.
ors des repas.
nera le type de rhinite
nt laquelle vous devrez

le symptômes sur une

Si votre rhinite allergique est traitée par LORODES® solution buvable, vous devrez prendre 2,5 ml (½ cuillère de 5 ml) de solution buvable 4 fois par semaine ou sur une période inférieure à 4 jours.

Lorodes® 0,5 mg/ml
Desloratadine
Flacon de 60 ml



Si VOUS avez des questions, consultez votre médecin.

re votre maladie. Si votre rhinite est sur une période de 4 jours (plus), votre médecin peut vous prescrire un traitement à long terme. Le traitement peut être variable d'un patient à l'autre. Si vous êtes allergique à des médicaments, informez votre médecin. Si vous êtes allergique à des médicaments, informez votre médecin. Si vous êtes allergique à des médicaments, informez votre médecin. Si vous êtes allergique à des médicaments, informez votre médecin.

INALER® 2 mg/5 ml

Solution Buvable

COMPOSITION

Salbutamol (DCI) sulfate

Excipients : q.s.p.

2 mg
5 ml

FORME ET PRESENTATION

Solution buvable dosée à 2 mg de salbutamol par 5 ml : flacon de 100 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Bronchodilatateur Bêta-stimulant.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIK-PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda, Route Régionale N°322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Ain Harrouda 28630 Mohammédia

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

INALER® est indiqué dans le traitement symptomatique de l'asthme et des autres bronchopneumopathies obstructives réversibles de l'enfant et du nourrisson.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant :

• Allergie à l'un des constituants.

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

MISES EN GARDE

• L'utilisation des bêta-2-mimétiques par voie générale

par voie inhalée doit être privilégiée

immédiate est nécessaire si le soulagement

observé après traitement.

Si un patient développe en quelques jours

en bronchodilatateur bêta-2-mimétique,

débit-mètre de pointe s'abaissent et/ou de

de sa maladie et la possibilité d'une évolt

médecin devra donc prévenir le patient de la

immédiate, sans avoir au préalable dépass

conduite thérapeutique devra alors être réév

Chez les enfants asthmatiques, l'association à

doit être envisagée dès qu'il est nécessaire

aux bêta-2-mimétiques. Le patient doit, dans

son état clinique ne doit pas conduire à une mo

L'attention des sportifs sera attirée sur le fait

actif pouvant induire une réaction positive

antidopage.

INALER® 2 mg/5 ml

Solution buvable
Flacon de 100 ml



6 118000 070542

1630