

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Traitement 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

N° P19- 064891

ND: 33988

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : **FERATI Abdelphadi**

Date de naissance : **01.01.1954**

Adresse : **67 Y. BROUHA 99 YAMAHOU**

Tél. : **0661143234** Total des frais engagés : **1409** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/07/2020**

Nom et prénom du malade : **KRIS AMINA** Age : **55**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Récurrence Allergie**

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 : **20/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064891

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 : **06504**

Nom de l'adhérent(e) : **KRIS AMINA**

Total des frais engagés : **1409**

Date de dépôt : **20/07/2020**

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
20/7/2020	c		2500MA	
20/7/2020	3K15 (Vente d'Allogène)		8000MA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Saïd LEBBAR Pharmacien Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 21 11 10 - B.C. Casa : 149884 CNSS : 1187641 - IF : 5000302 - Patente N° : 34306256 ICE N° : 001897771000045 INPE : 092049261	20/07/2020	359,2

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* 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

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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LAHLOU NAJIB

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier, France

ALLERGOLOGUE

ALLERGIES RESPIRATOIRE & ALIMENTAIRE & MEDICAMENTEUSE

Enfants - Adultes

Tests d'Allergie & Desensibilisation Spécifique

Membre Titulaire des Sociétés Marocaine

et Française d'Allergologie

Expertise Médicale

الدكتور لعلو نجيب

خريج كلية الطب بمونبليي، فرنسا

أمراض الحساسية و المناعة

صغار و كبار

الحساسية التنفسية- الغذائية و الدوائية

عضو رسمي في الجمعية المغربية

و الفرنسية لأمراض الحساسية

الخبرة الطبية

Casablanca, le

20/07/2020

Mod - Koud Amcua

48,20
①

Xyzall

1 p le soir

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd LEBBAR
Pharmacien
Rond Point Ivers Sultan 20000 Casablanca
Tel : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNS: 110641 - IF: 50905302 - Patente N°: 34306256
ICE N°: 001397771000045
INPE: 092049261

15/08

190,150
②

Aerona X Spray

1 pulv. 2 fois par jour

puis 1 fois le soir - 20/08

(3) extra Nag

98,00

1 ya nrdi
pr 1j/2.

28,80

(u) Nira Neuril

1 y. le m.

359,00

Dr. LAHLOU Najib
ALLERGOCOLOGUE
Enfant - Adulte
190, Rue Mustapha El-Moani, RDC
Télex 72 71 70 92 06 61 06 58 E3



Docteur LAHLOU NAJIB

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier, France

ALLERGOLOGUE

ALLERGIES RESPIRATOIRE & ALIMENTAIRE & MEDICAMENTEUSE

Enfants - Adultes

Tests d'Allergie & Desensibilisation Spécifique

Membre Titulaire des Sociétés Marocaine

et Française d'Allergologie

Expertise Médicale

الدكتور لاهلو نجيب

خريج كلية الطب بمونبليي، فرنسا

أمراض الحساسية و المناعة

صغار و كبار

الحساسية التنفسية- الغذائية و الدوائية

عضو رسمي في الجمعية المغربية

و الفرنسية لأمراض الحساسية

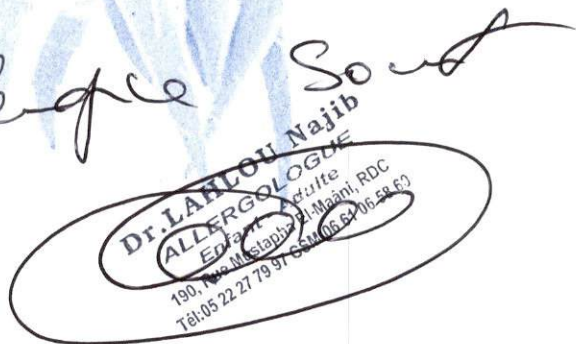
الخبرة الطبية

Casablanca, le

20/7/2020

Facture + Résultats Tests

Reçu de Nadj Koud Amine
la somme de 8000 DA (Huit cents)
pour tests cutanés d'Allergie
= 3x15.
Les tests d'Allergie sont
Négatifs.



PHARMACIE PRINCIPALE**Mohamed Saïd LEBBAR****Pharmacien**

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884

CNSS: 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 092049261

cag Le 20/07/2020

Facture N° 61

M. Kr'id Ahing

Quantité	désignation	Prix	Montant
1	xyloz	67,20	67,20
1	actonox	190,00	190,00
1	extramag	95,00	95,00
1	vitaminale f	28,80	28,80
			359,00

avoir été la pharmacie Rachid
à la somme trois cent
cinquante neuf dirhams

PHARMACIE PRINCIPALE**Mohamed Saïd LEBBAR****Pharmacien**

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884

CNSS: 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 092049261

Aeromax

Budésonide

Aeromax®

Budésonide

LOT:0036NC10

PER:03/2021

PPV:190,00 dh

COMPOSITION :

Budésonide (DCI)

Excipients q.s.p.

Excipients à effets notoires : Chlorure de Benzalkonium, Glucose

µg
dose

FORME ET PRESENTATION :

Suspension pour pulvérisation nasale à 100 µg/dose; flacon pulvérisateur pour 200 doses.

pour

INDICATIONS :

Traitement de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

Traitement symptomatique de la polyposse nasale de l'adulte.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Posologie : Adulte et enfant de plus de 6 ans : 1 application (100 µg) dans chaque narine, matin et soir. Le traitement sera poursuivi en s'efforçant de diminuer progressivement les doses dès l'amélioration des symptômes (en général 1 à 2 semaines). Chez les malades âgés ou avec insuffisance hépatique ou rénale, il n'est pas nécessaire de faire des altérations de la dose recommandée.

Mode d'administration : Agiter le flacon avant emploi. Lors du premier usage, agiter le flacon et amorcer la pompe par quelques pulvérisations dans l'air. Si l'appareil n'est pas utilisé quotidiennement, il doit être réamorcé de nouveau en pompant simplement une fois dans l'air.

Nettoyage : il convient de nettoyer régulièrement la partie supérieure en plastique. Pour cela, le bouchon et l'embout nasal seront ôtés et les parties en plastique seront rincées à l'eau chaude puis séchées complètement avant d'être remises en place.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie à l'un des composants.
- Troubles de l'hémostase, notamment épistaxis.
- Infection oro-bucco-nasale et ophtalmique par herpès virus.

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Ces informations sont importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, demandez-les à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été prescrit pour un traitement d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait nécessiter le besoin de la lire.

XYZALL®

Dichlorhydrate
de Lévocétirizine

5 mg, comprimé pelliculé

LOT 2010
EXP 04 2024
PPV 45,20
45 20

- **La substance active est** : dichlorhydrate de lévocétirizine 5 mg pour un comprimé pelliculé

- **Les autres composants sont** :

Comprimé nu : cellulose microcristalline, lactose monohydraté, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Pelliculage : Opadry Y-1-7000 [hypromellose (E 464), dioxyde de titane (E 171), macrogol 400]

1. QU'EST-CE QUE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé pelliculé, boîte de 14 et 28. XYZALL est un médicament anti-allergique indiqué dans le traitement des symptômes associés à l'allergie, tels que :

- La rhinite allergique saisonnière (rhume des foins), y compris les atteintes oculaires (conjonctivite allergique) ;
- La rhinite allergique chronique ;
- L'urticaire.

2. INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

XYZALL 5mg, comprimé pelliculé, NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la lévocétirizine ou à toute substance chimique apparentée, ou à l'un des autres composants contenus dans XYZALL.
- Si vous souffrez d'insuffisance rénale grave.

Prendre des précautions particulières avec XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

Mises en garde :

- XYZALL n'est pas recommandé chez l'enfant de moins de 6 ans car il n'existe pas encore de dosage adapté.
- XYZALL ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares), en raison de la présence de lactose dans le comprimé.

- Précautions d'emploi :

- Si vous souffrez de troubles rénaux, la dose pourra être réduite en fonction de la gravité de votre maladie. Suivez les instructions de votre médecin.
- La prudence est recommandée en cas d'absorption d'alcool en même temps que XYZALL. Chez certains patients sensibles, la prise simultanée de lévocétirizine et d'alcool pourrait avoir des effets sur le système nerveux, bien que la cétirizine (produit chimiquement apparenté) n'ait jamais montré une augmentation des effets liés à l'alcool.

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

D'une façon générale, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DCI) Benfotiamine

Veuillez 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 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 des 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise
Benfotiamine 100 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydrate ; Stéarate de magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée..... qsp un comprimé
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydrate

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antistathénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathies.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxicoalcoolique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;
Voie orale.
- Durée du traitement ;
se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration ;
2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.
DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.
 - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

NHESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

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

EXCIPIENTS A

Saccharose et

Parlons-en à v

EN CAS DE

VOTRE MEDE

9. INTERACTI

- Interactions

- Interactions

- Interaction

alternatives.

AFIN D'ETER

MEDICAMENT

AUTRE TRAITE

PHARMACIEN.

10. UTILISATIONS

Par mesure de précaution, ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement : ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE 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.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
- Précautions particulières de conservation
- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc

Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeyr ibnou Al Aoudim

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015