

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## éducation :

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.

**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](http://www.mupras.com)

Nº P19- 064891

ND: 33988

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : *FERIATI ABDELKADER*

Date de naissance : *01/01/1954*

Adresse : *67 Yousra 99 Manach*

Tél. : *0661149294* Total des frais engagés : *1409* Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *20/07/2020*

Nom et prénom du malade : *Khalid AYINA* Age : *55*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Reflux gastro-oesophageal*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Accident*

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 : *Essaouira* Le : *22/07/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *ACCUEIL 10/07/2020*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 : *064891*

Nom de l'adhérent(e) : *Khalid AYINA*

Total des frais engagés : *1409*

Date de dépôt : *22/07/2020*

## 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
20/7/2020	C		250000	DR. LAHOU ALLEGANCE 190, Rue Mustapha B. Maâni, BP 06 06 58 Tunis 22179 97 82 44 06 58
20/7/2020	3K15 (Refid Allegance)		80000	DR. LAHOU Najib ALLEGANCE Mustapha B. Maâni, RDC Tunis 22179 97 82 44 06 58

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien DU FOURNISSEUR	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE PRINCIPALE</b> <b>Mohamed Saïd LEBBAR</b> <b>Pharmacien</b> <b>Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca</b> <b>Tel : 05 22 11 10 - R.C. Casa : 14884 -</b> <b>CNSS : 1187641 - IF : 5000302 - Patente N° : 305256</b> <b>ICE N° : 001397771000045</b> <b>Code : 092049261</b>	19/05/2020	359,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">H</td><td style="width: 50%; padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td><td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="padding: 5px;">00000000</td></tr> </table>	H	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000
H	H						
25533412 00000000	21433552 00000000						
00000000	00000000						
<b>D</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">00000000 35533411</td><td style="width: 50%; padding: 5px;">00000000 11433553</td></tr> </table>	00000000 35533411	00000000 11433553				
00000000 35533411	00000000 11433553						

## **(Création, remont, adjonction)**

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 لحلو نجيب

خريج كلية الطب بمونبولي، فرنسا

## أمراض الحساسية والمناعة

صغار و كبار

الحساسية التنفسية-الغذائية والدوائية

عضو رسمي في الجمعية المغربية

و الفرنسية لأمراض الحساسية

الخبرة الطبية

Casablanca, le

20/07/2020

Node Kud Amnia

PHARMACIE PRINCIPALE  
Mohamed Said LEBBAR  
Pharmacien

Rond Point Miers Sultan 20900 Casablanca  
Tel : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884  
CASS: 110 641 - IF: 50905302 - Patente N°: 34306256  
ICE N° : 001297771000045  
INPE : 092049861

45,20

① XYZdell

1 pul le su - → 150,-

190,50

Aero max

Spray

1 pulv. Nor | ah- su - → 100,-

puis 1 fois le su - → 20,-

③ extra Nag



98,-  
1 kg à 100,- FDS  
par 1/2.



④ Vita Néonil



1 kg. le paquet

389,00

Dr. LAHOU Najib  
ALLERGOCOLOGUE

Enfant - Adulte  
190, Rue Mustapha El Maâni, RDC  
Tel: 05 27 27 90 02 - 06 61 06 58 63



# 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 لحلو نجيب

خريج كلية الطب بمونبولي، فرنسا

## أمراض الحساسية والمناعة

صغار و كبار

الحساسية التنفسية-الغذائية والدوائية

عضو رسمي في الجمعية المغربية

و الفرنسية لأمراض الحساسية

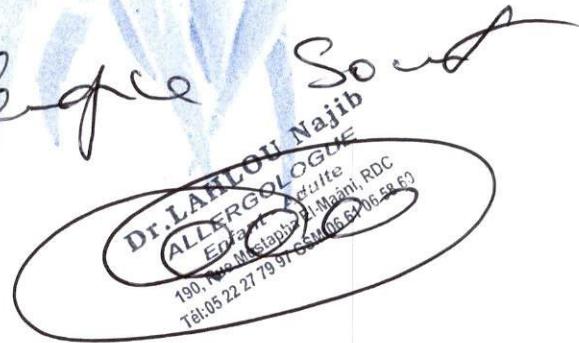
الخبرة الطبية

Casablanca, le

20/7/2020

## Facture + Résultats tests

Reçu de Mme Koud Ameur  
la somme de 800Dt (Huit cent)  
pour faire certains d'Allergie  
= 800.  
Résultat d'Allergie  
Négatif.



**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

cage Le 20/07/2020

Facture N°

61

M. Krid Ahmed

Quantité	désignation	Prix	Montant
1	zybal	40,20	40,20
1	actenox	19,50	19,50
1	extraoral	9,50	9,50
1	vitaminex 10 f	28,80	28,80
			359,20

arrête here la pharmacie Bachir  
à la fin de l'incident  
commande M. Arthur

**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

# Aeroma

Budés

# Aeromax®

Budésomide

## COMPOSITION :

Budésomide (DCI) .....

Excipients q.s.p. ....

Excipients à effets notoires : Chlorure de Benzalkonium, Gluco

LOT:0036N010

PER:03/2021

PPV:190,00 dh

µg

ose

## FORME ET PRÉSENTATION :

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

## INDICATIONS :

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

Traitements symptomatiques de la polyposis nasale de l'adulte.

## POSÉOLOGIE 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 ophthalmique par herpès virus.

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Si vous avez d'autres questions, adressez-les à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été prescrit, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui faire du bien.

LOT 201807  
EXP 04 2024  
PPV 45 20  
45 20



Dichlorhydrate  
de Lévocétirizine

5 mg, comprimé pelliculé

- 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 NÉCESSAIRES 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 lactose (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 pourrez 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

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme).

## 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béré-béri.
- prophylaxie des états de carence vitamique 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 polynévrites.
- proposé dans d'autres polynévrites supposées d'origine toxicarielle.
- 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 QUELQUIS 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.

N'HESITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.

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

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est à proscrire en cas d'intolérance au fructose de type II en

PPV

LOT

PER

28,80

spie

EURS  
TOUT  
VOTRE

ALITEMENT

## 9. INTERACTIONS

- Interactions
- Interactions
- Interactions alternatives.

AFIN D'EVITER  
MEDICAMENT,  
AUTRE TRAITEMENT  
PHARMACIEN.

## 10. UTILISATIONS EN

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

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

DUNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSEUR 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 SEVERGE

- 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 Zoubeir Ibnou Al Aouam

Roches Noires

20300 Casablanca

Maroc

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