

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES BOURSEMENTS 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, parodontologie, 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-548297

52959

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAROUCAÏ DRISS

Date de naissance :

Adresse :

0662 284942

Tél. : Total des frais engagés : 425,10 + 230,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2020

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
05/12/2020	EC + FCG		2300M	INP : 091249284

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DAWDIA</b> <b>KHALLAD SAFAA</b> Docteur en Pharmacie N°85, N°1 Rue 13 El Wifak 1 Oufia CASABLANCA - Tél.: 022.90.14.14	05/12/2020	425,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



Dr. Oumnia AARIBI



الدكتورة أمينة أعربي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de pharmacie de Casablanca

Médecine Générale

Médecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture

Ordonnance

05/12/22



N° Driss Elharouchi

PPV 22DH20  
PER 06/22  
LOT J1785



196,50

1) Zivloa 400 mg  
1 cp x 2 j ptt 5 j

4200

2) Prestine 20 mg  
3 cp 6 matn ptt 5 j

3) Codolipine

641 cp x 2 j

4) Doxioa Simp  
1 cà sa 3 j

PHARMACIE DAWDIA  
KHALAD SIFLA  
Docteur en Pharmacie  
N° 85, N° 1 Rue 13 El Wakk 1 Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 022 99 14 24

Ul. Av.

PPV (DH):

4200

Lotissement Haj Fatih, N° 70, 1er Etage  
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca



dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزة الحاج فاتح عمارة رقم 70، الطابق الأول  
(قرب صيدلية حمزة) الألفا الدار البيضاء



05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

5) Azia 500 → 4  
7971 47; pdt 3 j

6) Topexil → p  
1073 ansa 31 j

425,10



Dr. Oumnia AARIBI  
Médecin Généraliste  
Lotissement Hét Fatah, n° 70,  
1er étage, Casablanca  
Tél: 56 73 10

PPV : 79DH70  
PER : 09/23  
LOT : J2418

# Azix<sup>®</sup>

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :  
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



bottu SA

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaï - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# Toplexil®

Oxomémazine 0,33 mg/ml

Sirop

SANOFI

LOT: 20E024  
PER: 12/2021

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 150H77



INTERIEUR DE L'EMBALLAGE

se (baisse importante des globu

gine prostatique ou autre,

me (augmentation de la pressio

## **Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement**

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

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TOPLEXIL sirop ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

ANTI-HISTAMINIQUE A USAGE SYSTEMIQUE.

(R. Système respiratoire)

Ce médicament contient un antihistaminique, l'oxomémazine. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux d'irritation chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans, en particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

### **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?**

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TOPLEXIL, sirop dans les cas suivants :

- nourrisson (moins de 2 ans),
- allergie connue aux constituants, et notamment aux

- en association avec certains médicaments (cabergoline, quinagolide) (Cf "Prise ou utilisation d'autres médicaments

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

Faite attention avec TOPLEXIL sirop :

### **Mises en garde spéciales**

La toux est un symptôme qui peut avoir des origines diverses : infections respiratoires, bronchites, grippe, allergie, asthme, coqueluche, irritation, etc...

De plus, la consommation de tabac aggrave ou entretient la toux.

En cas d'apparition ou de persistance d'une FIEVRE, accompagnée ou non de signes d'infection (angine...), de pâleur ou de transpiration, il conviendra de consulter votre médecin traitant.

Ne pas traiter par ce médicament une toux grasse. Dans ce cas la toux est un moyen de défense naturelle nécessaire à l'évacuation des sécrétions bronchiques.

Si la toux devient grasse, s'accompagne d'encombrement, de crachats, de fièvre, demandez l'avis du médecin.

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant de toux avec crachats, un avis médical est indispensable.

Il conviendra de ne pas associer un médicament fluidifiant des sécrétions bronchiques (expectorant, mucolytique).

### **Précautions d'emploi**

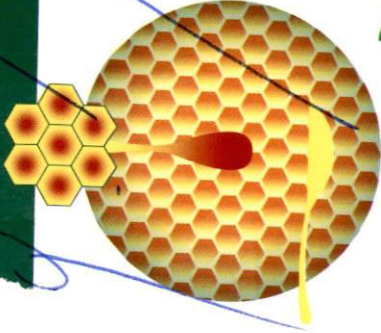
En cas de maladie au long cours du foie ou des reins, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN afin qu'il puisse adapter la posologie.

La prise de ce médicament nécessite un AVIS MEDICAL :

- chez les personnes âgées :
    - prédisposées aux constipations, aux vertiges ou à la somnolence,
    - présentant des troubles de la prostate,
  - chez l'enfant en cas d'asthme ou de reflux gastro-oesophagien,
  - en cas de maladies cardiaques graves, d'épilepsie ;
- PRENEZ VOTRE MEDECIN avant de prendre cet antihistaminique.

la gorge irritée en cas de toux  
renforce les défenses naturelles

LOT : 200344  
DLUO : 10/2023  
69,00 DH



200 ml

Deva



1970-04-01 15:18

&lt;&lt; Conclusions &gt;&gt;

ID : \_\_\_\_\_  
Name : \_\_\_\_\_  
Sex : \_\_\_\_\_  
Height : \_\_\_\_\_  
SYS : \_\_\_\_\_  
DIA : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_  
Weight : \_\_\_\_\_ kg

Cardiac electric axis normal;

**\*\*Report need physician confirm\*\***

*Dr Elhasouchi*  
*Driss*

HR [bpm] : 64

PR Interval [ms] : 162

P Duration [ms] : 74

QRS Duration [ms] : 66

T Duration

QT/QTc

P/QPc/ 1/62.1/52.1

/S 18/0.74

S : 1.92

Physician \_\_\_\_\_



10mm/mV

aVL

aVR

V1

V2

10mm/mV

V3

V4

V5

V6

10mm/mV

I

II

III

aVR

10mm/mV

aVL

aVF

V1

V2

10mm/mV

V3

V4

V5

V6

25mm/s