

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dumetit 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

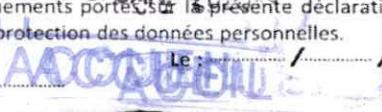
N° W19-506847

N°
14930

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 759502		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NASRY EL HOSSINE
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 KELTOUM EL AIDI 02 JAN. 2020			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : _____ le : _____ / _____ / _____
L'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
 DROITE 11 21 GAUCHE 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 BAS					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
 DROITE 11 21 GAUCHE 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 BAS		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553			
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0012471		
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



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

P 14 / 0012471

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient	Blatteau. EL AINI	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 20.12.2018	
Nature de la maladie		Date 1ère visite 16H	
<i>Epigastriques + Hypota</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
e.		-	€ 120847
PHARMACIE		Date 20.12.19	
Montant de la facture		122,30	
HARMAG Ensemble du ALYADOURI 3H 15 Jm ALYADOURI 3H Hassani - Casablanca N° 1 Tél: 0522 99 70 30			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		
CACHET			

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

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 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.

DÉNOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THÉRAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- œsophagite érosive ou ulcérale symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gas
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispos
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induit stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti

Enfant à partir de 1 an :

- œsophagite érosive ou ulcérale symptomatique par r

DANS QUEL(S) CAS N

Contre-indications:

Ne prenez jamais Oede

- En cas d'allergie conn
- En association avec l'

EN CAS DE DOUCE,
MEDECIN OU VO

OEDES 20mg

14 gélules



6 1118001 100071

L O T 1 9 0 6 7 9

E X P 0 1 / 2 0 2 2

P P V 5 2 . 8 0 D H

Motilium® 1 mg/ml

**dompéridone
suspension buvable**

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes: il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

DANS QUELS CAS EST-IL UTILE ?
Ce médicament est utilisé pour traiter les nausées (envie de vomir) et les vomissements chez l'adulte et l'enfant.

Veuillez lire la rubrique « Comment prendre MOTILIUM 1 mg/ml suspension buvable » afin de prendre connaissance des doses à utiliser chez l'adulte et de celles à utiliser chez l'enfant.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE MOTILIUM 1 mg/ml suspension buvable ?

NE prenez Jamais MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable :
si vous êtes allergique (hypersensible) à la dompéridone ou à l'un
des autres composants contenus dans MOTILIUM, 1 mg/ml.
Suspension buvable : 

- si vous avez des saignements de l'estomac ou si vous avez régulièrement des douleurs abdominales sévères ou des selles noires persistantes ;
 - si vous avez les intestins obstrués ou perforés ;
 - si vous avez une tumeur de la glande pituitaire (prolactinome) ;
 - si vous souffrez d'une maladie modérée ou sévère du foie ;
 - si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé" ;
 - si vous avez ou avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait (affection appelée insuffisance cardiaque) ;
 - si vous avez un problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans votre sang ;
 - si vous prenez certains médicaments (voir « Prise d'autres médicaments »).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre MOTILIUM suspension buvable si vous :

- souffrez de problèmes au foie (défaillance des fonctions ou insuffisance hépatique) (voir " Ne prenez Jamais MOTILIT 1 mg/ml, suspension buvable") ;
 - souffrez de problèmes aux reins (défaillance des fonction

ou insuffisance rénale). Vous demandez à votre médecin en cas de traitement : prendre une dose plus faible ou souvent et votre médecin pour régulièrement.

La dompéridone peut être associée à un rythme cardiaque et d'arrêt cardiaque chez les patients de plus de 65 ans avec des doses supérieures à 30 mg par jour. Cet effet est plus élevé lorsque la dompéridone est associée à d'autres médicaments. Prévenez votre pharmacien si vous prenez des médicaments pour traiter les infections fongiques ou bactériennes et/ou le VIH ou le SIDA (voir rubrique MOTILIUM doit être utilisé à la dose d'adulte et chez l'enfant.

Pendant le traitement par MOTILLUM vous présentez des troubles du palpitations, des difficultés à respiration et de la toux. Pendant le traitement par MOTILLUM devra être pris d'autres médicaments.

Ne prenez jamais MOTILIUM 1 mi

prenez des médicaments pour traiter l'infection si elle vous paraît

- infections fongiques, par exemple les antifongiques azolés, en particulier le flucanaïzole, le posaconazole
 - infections bactériennes, en particulier la clarithromycine, la tétracycline, la spiramycine (ce sont des antibiotiques)
 - problèmes cardiaques ou une tachycardie, l'amiodarone, la dronedarone, l'ibuprofène, le sotalol, l'hydroquinone
 - psychose (par exemple le halopéridol)
 - dépression (par exemple le citalopram)
 - troubles gastro-Intestinaux (par exemple la dompéridone, le dolasetron, le prucalopride) ;
 - allergie (par exemple la mésaventidine, la paludisme (en particulier l'halofan), l'aspirine)
 - VIH/SIDA tels que le ritonavir ou les inhibiteurs de protéase) ;
 - hépatite C (par exemple le télaprovir)
 - cancer (par exemple le torémifénide)

Ne prenez pas MOTILIUM si vous prenez d'autres médicaments (par exemple le bêta-bloquant)

Prévenez votre médecin ou votre pharmacien pour traiter une infection par le VIH/SIDA ou la maladie de Parkinson.

Il est important de demander à votre pharmacien si MOTILIUM 1 mg/ml, vous lorsque vous prenez d'autres médicaments délivrés sans ordonnance.

Prise de MOTILIUM avec des aliments

Prennez MOTILIUM 1 mg/ml, suspendu dans un verre d'eau, au moins 1 heure avant ou 2 heures après les repas, son absorption est maximale.

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V;40DH80



6 || 118000 || 011040

EFFORTIL®

étiléfrine

FORME ET PRÉSENTATION

Solution buvable ; flacon de 30 ml (450 gouttes). (10 gouttes = 5 mg).

COMPOSITION

	pour 10 gouttes	pour 100 ml
chlorhydrate d'étiléfrine	5 mg	750 mg

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, métabisulfite de sodium.

INDICATIONS

Ce médicament est un stimulant du système cardiovasculaire apparenté à l'adrénaline. Il augmente le débit du cœur et lutte contre la dilatation des vaisseaux. Il est utilisé dans le traitement de l'hypotension orthostatique.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :

- angine de poitrine,
- troubles du rythme (surtout ventriculaires),
- myocardiopathie obstructive (maladie sévère du muscle cardiaque),
- allergie à la spécialité,
- hyperthyroïdie (activité exagérée de la glande thyroïde),
- hypertension artérielle,
- phéochromocytome (production excessive d'hormones par les glandes surrénales provoquant une hypertension artérielle sévère),
- glaucome à angle fermé (pression excessive dans l'oeil),
- hypotension artérielle avec réaction hypertensive au passage à la position debout,
- sténose valvulaire cardiaque (rétrécissement des orifices cardiaques) ou sténose aortique (rétrécissement de l'aorte),
- hypertrophie prostatique avec rétention
- insuffisance cardiaque décompensée,
- en association avec les médicaments méthylphénidate, phénylephrine, pseudo-

ATTENTION

Signalez la prise de ce médicament à tension artérielle survenant lors des entraînements mais non la cause. Consultez votre médecin ou sportif : ce médicament contient certains tests antidopage.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

Ce médicament contient du métabisulfite de sodium, allergiques sévères et une gêne respiratoire. Ce médicament contient du parahydroxybenzoate de propyle et peut provoquer des réactions cutanées.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

La spécialité perd son efficacité chez les personnes alphabloquantes.

EFFORTIL® gouttes

Chlorhydrate d'étiléfrine
Flacon de 30 ml

éphédrine,



6 118000 040392

baisses de
équance

positifs

PPV: 28DH70

PER: 03/24

LOT: 1645

actions

cyben-

ou par