

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

- 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 - Tel : 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° W19-506847

N°D
14930

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 759502 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSRY EL HOSSINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 JAN. 2020

Nom et prénom du malade : KELTOUM EL AIDI

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 : Le : 14/01/2020

l'adhérent(e) :

ACCUSE

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>													
		Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° **P 14 / 0012471**



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

Cachet
MUPRAS



P 14 / 0012471

DATE DE DEPOT

..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom				
Fonction		Phones		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient Walter E. CAH			Signature et Cachet du Medecin
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age	Date 20.12.2019			
Nature de la maladie			Date 1ère visite 16.11	
Ergastrolgen + Hypota				
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			Signature et Cachet de la Pharmacie
Montant de la facture 122,30				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date	
Nombre AM PC IM IV			Montant détaillé des Honoraires	
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 MÉDICAMENT :

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 MÉDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse 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 indispen
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induit stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par re

DANS QUEL(S) CAS N

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oede

- En cas d'allergie conn

• En association avec l'

EN CAS DE DOUTE,

MEDECIN OU DE VO

OEDES 20mg

14 gélules



LOT 190679

EXP 01/2022

PPV 52.80DH

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.

Veillez 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 ?

Ce médicament est utilisé pour traiter les nausées (envie de vomir) et les vomissements chez l'adulte et l'enfant.

Veillez 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 CONNAÎTRE 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 MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable ») ;
- souffrez de problèmes aux reins (défaillance des fonctions

ou insuffisance rénale). Vous devez en parler à votre médecin en cas de traitement prolongé, prendre une dose plus faible ou arrêter le traitement si vous le souhaitez et votre médecin pour le faire régulièrement.

La dompéridone peut être associée à des troubles du rythme cardiaque et d'arrêt cardiaque, surtout chez les patients de plus de 60 ans, à des doses supérieures à 30 mg par jour. Ces troubles sont plus élevés lorsque la dompéridone est prise avec d'autres médicaments. Prévenez votre médecin si vous prenez des médicaments pour le cœur (pour les infections fongiques ou bactériennes) et/ou pour le cœur ou le SIDA (voir rubrique 4). MOTILIUM doit être utilisé à la dose recommandée chez l'adulte et chez l'enfant.

Pendant le traitement par MOTILIUM, vous présentez des troubles du rythme cardiaque, des palpitations, des difficultés à respirer. Le traitement par MOTILIUM devra être arrêté si ces symptômes apparaissent.

Prise d'autres médicaments :

Ne prenez jamais MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable avec des médicaments pour :

- infections fongiques, par exemple les antifongiques azolés, en particulier l'itraconazole, le fluconazole, le posaconazole ;
- infections bactériennes, en particulier la clarithromycine, la télicycline, la spiramycine (ce sont des antibiotiques) ;
- problèmes cardiaques ou une hypertension artérielle, l'amiodarone, la dronedarone, l'idofénilide, le sotalol, l'hydroquinone ;
- psychoses (par exemple l'halopéridol) ;
- dépression (par exemple le citalopram) ;
- troubles gastro-intestinaux (par exemple le dolasetron, le prucalopride) ;
- allergies (par exemple l'halopéridol) ;
- paludisme (en particulier l'halofantrine) ;
- VIH/SIDA tels que le ritonavir ou les inhibiteurs de protéase ;
- hépatite C (par exemple le télaparvir) ;
- cancer (par exemple le torémifène).

Ne prenez pas MOTILIUM si vous prenez d'autres médicaments (par exemple le bupropion).

Prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez d'autres médicaments pour traiter une infection.

Il est important de demander à votre pharmacien si MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable, vous convient.

vous lorsque vous prenez d'autres médicaments délivrés sans ordonnance.

Prise de MOTILIUM avec des aliments :

Prenez MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable, après les repas, son absorption est améliorée.

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 40DH80



6 118000 011040

LOT : 88A163
PER: 01 2022

EFFORTIL®

étiléfrine

FORME ET PRESENTATION

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 hypotensive 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, phényléphrine, pseudoéphédrine,

ATTENTION

Signalez la prise de ce médicament avec une baisse de la tension artérielle survenant lors des états de repos mais non la cause. Consultez votre médecin. Sportif : ce médicament contient un produit qui peut donner des résultats positifs à certains tests antidopage.

MISES EN GARDE SPECIALES

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

PRECAUTIONS D'EMPLOI

La spécialité perd son efficacité chez les personnes souffrant de troubles de la conduction ou par

EFFORTIL® gouttes

Chlorhydrate d'étiléfrine
Flacon de 30 ml



6 118000 040392

PPV:28DH70

PER:03/24

LOT:1645