

# 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.

## Diologie 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.

## Educations :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0030791

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : 15138

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NABIL DAUD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 31 66 64 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

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

[illegible]

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div> <div>H</div> <table> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D —————</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>		25533412	21433552	00000000	00000000	D —————	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D —————	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
		MONTANTS DES SOINS													
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													

## O.D.F

## PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	<div>DATE DU DEVIS</div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



## 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	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution																			
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553						
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
(Création, Remont, adjonction)																										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																										

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0062488		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



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

P 17 / 0062488

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom				
Fonction			Phones	
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Culture		Guro		
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture		175,30		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur I. COHEN  
SPECIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24 Rue AL MOUSS - Casablanca

Pharmacie de Picardie  
Mme. DENNETHIM  
12 Rue Badr Assal - Casablanca

CACHET

CACHET

# Docteur Isaac COHEN

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Strasbourg

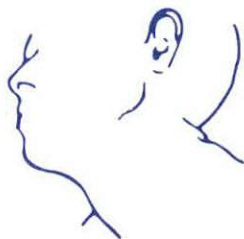
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



# الدكتور إسحاق كوهن

خريج كلية الطب بـسـطراسبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات سـطراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم والشخير.

Pharmacie de Picardie

Mme. BENBRAHIM Alima

12, Rue Badr Assayab - Quartier BADR

Casablanca

Tél : 05 22 26 62 50 / 05 22 27 06 22

Casablanca, le

8/10/19

الدار البيضاء

Monsieur Nabil

83,70 1) Roxocin 300  
Le bolh d'urine  
1 b

38,80 2) Nuxol  
2 x 1 coby 1 fl  
52,80 3) delect 20 16<sup>14</sup>

Docteur I. COHEN  
SPÉCIALISTE  
NEZ - GORGE - OREILLE  
Rue AL ALOUSSI - Casablanca

= 175,30



# ROXOLID® 150 et 300 mg, Comprimé pelliculé

(DCI : Roxithromycine) (روكسيتروميسين)

LOT : 180324 PER : 02-2020  
PPV : 83,70DH

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant  
Elle contient des informations importantes sur votre traitement  
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, de  
pharmacien.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

ROXOLID® 150, Comprimé pelliculé.

ROXOLID® 300, Comprimé pelliculé.

Composition :

Roxithromycine (DCI).....

ROXOLID® 150

150,00mg

ROXOLID® 300

300,00mg

Excipients :

Liste des excipients à effet notoire :

Glucose.

Formes pharmaceutiques :

ROXOLID® 150, Comprimé pelliculé. Boîte de 10.

ROXOLID® 300, Comprimé pelliculé. Boîte de 7.

Classe pharmacologique thérapeutique :

Antibiotique antibactérien de la famille des macrolides (J : anti-infectieux).

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

## 3. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- allergie connue aux antibiotiques de la famille des macrolides, ou à l'un des constituants du produit,
- association avec :
  - les dérivés de l'ergot de seigle : l'ergotamine et la dihydroergotamine (médicaments de la migraine),
  - le cisapride (médicament anti-reflux).

- en cas d'insuffisance hépatique, le dosage de 300mg est contre-indiqué, ainsi que chez l'enfant.

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

## Mises en garde spéciales et Précautions d'emploi :

- En cas d'insuffisance hépatique, l'administration de la Roxithromycine n'est pas recommandée.
- En cas d'insuffisance rénale, il n'est pas utile de modifier la posologie, l'excrétion rénale de la molécule étant faible.
- Il n'est pas nécessaire de modifier la posologie chez les personnes âgées.
- En raison de la présence de glucose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

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

## Interactions médicamenteuses :

Associations contre-indiquées : ergotamine, dihydroergotamine, cisapride (cf. contre-indications)

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS et notamment bromocriptine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## Grossesse Et Allaitement :

Prévenir le médecin en cas de grossesse ou d'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, 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.

## Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

Attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses.

## 4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

CE MEDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT DELIVRÉ DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

IL NE PEUT ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS,

NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE.

DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MÉDECIN.

# MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml  
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.  
Garder cette notice, vous pourriez en avoir besoin.  
Si vous avez toute autre question ou si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien.  
Ce médicament vous a été prescrit pour un usage spécifique. Si l'un des effets indésirables décrits ci-dessous se présente, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

### Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol .....

Quantité Correspondant à Ambroxol .....

**Excipients :** Glycérol, Sorbitol, Furfuryle, acétate de isoamyle, acétate de delta-décalactone, eugénol, pipéridine, Eau purifiée .....

**Excipients à effet notoire :** Sorbitol .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

## 2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

MUCOLYTIQUES.

(R : SYSTÈME RESPIRATOIRE)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4- POSOLOGIE

### • Chez l'adulte :

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe 3 fois par jour.

### • Chez l'enfant :

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour.

2 à 5 ans : ½ cuillère à café trois fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale

Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MUXOL, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament ;

- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Eruption cutanée, urticaire.

Fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles :

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-œdème (gonflement rapide de la peau, du tissu sous-cutané, de la muqueuse ou du tissu sous-muqueux) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson/syndrome de Lyell et pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;

Trouble digestifs mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est conseillé dans ce cas de diminuer la posologie.

Maux de tête, vertige.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

موكسول  
أمبروكسول

بدون سكر

pharmacien.  
ômes

e.

0.300 g

Acétate de

hydrate,

chiques

# 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 a

à votre médecin ou à

• Ce médicament vo

d'autre, même en ca

• Si l'un des effets in

non mentionné dan

LOT 181038

EXP 02/2021

PPV 52.80DH

## DENOMINATION DU

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 THERAPEUTIQUE :

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 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 gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

### Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

### Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

**Docteur Isaac COHEN**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Strasbourg

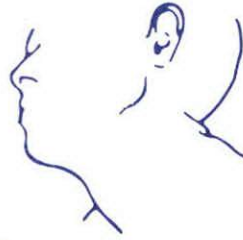
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



**الدكتور إسحاق كوهن**

خريج كلية الطب بـسـطراسبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات سـطراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم والشخير.

Casablanca, le 8/10/11 في الدار البيضاء

Dr. D. Nabil,

Respectueusement,  
Ousama ALLOUSSI  
en remplacement  
d'I. Cohen 420

Docteur I. COHEN  
SPECIALISTE  
NEZ - GORGE - OREILLE  
24, Rue AL ALOUSSI - Casablanca

Docteur I. COHEN  
SPECIALISTE  
NEZ - GORGE - OREILLE  
24, Rue AL ALOUSSI - Casablanca



**Docteur Isaac COHEN**  
Diplômé de la Faculté de médecine  
De Strasbourg  
Ancien Attaché des Hôpitaux  
De Strasbourg  
**Spécialité ORL**  
Maladie et CHIRURGIE  
NEZ-GORGE-OREILLE  
FACE et COU  
VERTIGE-SURDITE-RONFLEMENT

Casablanca le 08//10/19

NOM: DAOUD  
PRENOM: NABIL  
AGE: 56 ans  
Examen fait le : 08/10/19

**COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE**

- Exploration faite en vue de d'explorer une dysphonie récidivante
- Anesthésie locale de contact à la Xylocaïne 5% en pulvérisation.

**FOSES NASALES:** - Rhinite

**CAVUM:** - Inflammatoire

**OROPHARYNX:** - Pharyngite+++  
-RGO ?

**LARYNX:** - RAS

**SINUS PERIFORME:** - Libres

**CONCLUSION:** - Rhinopharyngite -RGO  
- Traitement médical -A suivre

Docteur I. COHEN  
SPÉCIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24, Rue AL MOUSSA - Casablanca