

## 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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-505691

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) **16379**

Matricule : **07788** Société : **Retraite**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **KERMOUDI Laïb**

Date de naissance : **03/03/1963**

Adresse : **Les Jardins de l'Océan V6 DAR BOUAZZA**

Tél. : **0661214142** Total des frais engagés : **1433,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. ANWAR Abdelkefi**  
Médecine Générale  
Lot 2 - Dar Bouazza  
05 22 29 08 62

Date de consultation : **05/11/2019**

Nom et prénom du malade : **BENSARAI KERMOUN LAÏB** Age : **56**

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

Nature de la maladie : **Syncope Synchal**

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 : **Casablanca** Le **05/11/19**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
05/11/19		1	170	INP : 121011130

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LES JARDINS	5/11/19	283,80

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 canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) 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. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale  
Lot. 28 Local II Dar Bouazza  
05 22 29 08 52

335

10 2018

10 2021

BIOCODEX MARCC PPV 65.10 DH

# PREDNI®20

Cooper — Prednisolone  
Comprimés effervescents sécables

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 votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donner jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient sérieux ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez à votre médecin ou à votre pharmacien.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

PREDNI 20 COOPER est disponible en flacon de 20 comprimés effervescents sécables.

## COMPOSITION

La substance active Chaque comprimé effervescent contient 20 mg de Prednisolone, sous forme de métasulfobenzoate sodique de prednisolone (31,44 mg).

Excipients ..... q.s.p.1 comprimé effervescent sécable

Bicarbonate de sodium, acide tartrique, citrate monosodique anhydre, saccharine sodique, lactose monohydraté, benzoate de sodium, arôme orange-pamplemousse.

## COMPOSITION DE L'ARÔME ORANGE-PAMPLEMOUSSE

- Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus concentré d'orange
- Aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle.
- Maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

**LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE:** Lactose, Sorbitol, Sodium

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE. (H: Hormones systémiques non sexuelles)

## INDICATIONS

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

### Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

PREDNI 20 mg Cooper est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de fond chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'a

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au co

### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre diminution des doses.

## CONTRE-INDICATIONS

N'utilisez jamais PREDNI 20 mg Cooper, comprimé effervescent sécable dans les cas la plupart des infections.

• certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),

• certains troubles mentaux non traités,

• vaccination par des vaccins vivants.

• si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN**

## EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS

Comme tous les médicaments, PREDNI 20 mg Cooper, comprimé effervescent sécable

bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les rec

## Les plus fréquemment rencontrés sont

• Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant néce

complémentaire.

• Apparition de bleus.

• Elevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insu

• Troubles de l'humeur excitation, euphorie, troubles du sommeil.

• Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de po

une poussée excessive des poils.

• Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.

• Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés:

• Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.

• Retard de croissance chez l'enfant.

• Troubles des règles,

• Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).

• Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et pectorations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.

• Irritation de la peau, retard de cicatrisation, acné.

Surveillez les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien

**PREDNI®20**  
Cooper — Prednisolone



41, Rue Med Diouri 20110 Guelizblanca  
Amina DAOUH Pharmacien Responsable

LOT N°:

UT. AV:

PRV:

42,00

اتع نصائح الطبيب أو الصيدني



# Azix®

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 gonococci

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine;
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) survenant au cours de traitement doit être signalée;
- Signaler au médecin traitant toute réaction survenue lors de traitements par les antibiotiques;
- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association avec d'autres médicaments n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas d'insuffisance hépatique, antécédents allergiques, troubles digestifs, 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).

79,20  
PPV 790170  
PER 05/97  
LOT 11251



Azix® 500 mg



bottu sa

82, Allée des Castaniers - Ain Sebaï - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



**Comprimé**  
Voie orale

# Docivox

comprimé à sucer



## FORMES ET PRESENTATIONS

Docivox comprimé à sucer :  
- Boîte de 10 - Boîte de 20

## PROPRIETES :

Docivox est une association synergique de propolis, phytoactifs et vitamine C dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires : • Apaise et dégage les voies respiratoires • Adoucit la gorge irritée en cas de toux • Renforce les défenses naturelles.

- Propolis : la sphère d'action privilégiée de la propolis concerne l'ORL où elle permet d'aider à guérir facilement et très rapidement de nombreuses affections couramment rencontrées, plus particulièrement en automne et en hiver.
- Eucalyptus : remarquable décongestionnant respiratoire des muqueuses et des sinus, il facilite le confort respiratoire.
- Echinacée : utilisée pour renforcer les défenses naturelles de l'organisme.

## UTILISATIONS :

Docivox comprimé à sucer est :  
- Enrouements passagers.  
- Maux de gorge en cas de toux  
Docivox procure une sensation

**POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :**  
1 comprimé à sucer 3 fois par jour

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**  
Déconseillé aux personnes allergiques.  
Tenir hors de la portée des enfants.  
Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.  
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

## COMPOSITION :

propolis 80 mg, extrait d'eucalyptus 80 mg, extrait de gingembre (zingibère) 80 mg, magnésium végétal, silice colloïdale, menthol.

Autorisation ministère de la santé n° 14012010

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول

# Docivox

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge**  
**Enrouement**  
**Maux de gorge**  
**Enrouements passagers**

Goût menthe - miel

Lot: 190110  
BLUG: 04/2022  
69.00 DH

menthe - miel - citron

et dégage les voies respiratoires  
et la gorge irritée en cas de toux  
et renforce les défenses naturelles

pharmaceutique  
responsable