

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 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 caractére 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

ND: 27654

Déclaration de Maladie : Nº P19- 0024585

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 72 LAHRICH FAYCAL Date de naissance : 28/07/56

Adresse : RTE MEKKA ETG E APPAT3 PARTE CALIFORNIE

Tél. : 0654.500.951 Total des frais engagés : CASABLANCA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél: 05 22 25 25

Date de consultation : 25/4/2020

Nom et prénom du malade : 72 LAHRICH FAYCAL Age : 28/07/56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Somnolente + ophtalmologie

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 : 25/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

J. K.

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19- 0024585

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2978

Nom de l'adhérent(e) : 72 LAHRICH F

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
25/04/2020	01	01	200 Dhs	 Dr. TAGNAOUTI Médecin Généraliste 70, Rue du Normandie Maâni Casablanca Tel.: 05 22 25 58 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie de l'Oasis Mme LAHRICH SAMIA 256, Boulevard de l'Oasis Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca	25/04/2022	M. 25,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

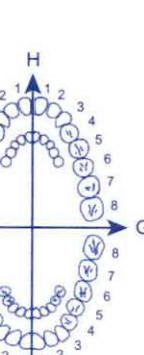
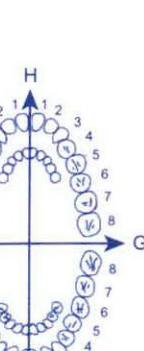
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux

MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif

CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو

الطب العام

زنقة نورماندي - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Dr. TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie - Maârif
Tél. : 05 22 25 59 32
Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr Lahrichi Faycal

248.- - Serelude 250

194.60 - Libreppex 248

- Nacaud 8

49.70 - Azix 500 1c le mal

57.90 - Allergo 1c Romodollex

14.- x2 - Tjalt 38

15.80 - Doliprane 1000 3B

143.50 - Myoster 1c x 31

57.60 - Diflucan 19.90 150 1B/H
1c/lem

Dr. TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32

Steripharma
PPV: 57,90 dh

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248.00 DH
ID : 634039
Barcode: B 118001 141104

PHARMACIE DES RACHES
Mme LAHRICI
256, Boulevard de
la 25.02.09 85.17

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouan 20500 Casablanca
P.P.V : 194.60

PPV: 79DH70
PER 12/22
LOT: 12958



COMPOSITION ET PRÉSENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitements des infections dues aux germes

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchites);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydiales);

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.

PRÉCAUTIONS 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
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

DIFLUCAN® 150 mg
1 GÉLULE



6 118000 250159

DIFLUCAN® 150mg



DU MEDICAMENT
merciale: DIFLUCAN®.

Pfizer DIFLUCAN®
150 mg FLUCONAZOLE

UT. AV. :

P.P.V.:

LOT N° :

57,50

09366020/6

PROPRIÉTÉS ET QUANTITATIVE

fluconazole.

hydrate, amidon de maïs, silice colloïdale anhydre, maryl sulfate de sodium.

EFFET

de 1 et 4 gélules.

J-THERAPEUTIQUE ou type d'activité

Antimycosique a usage systémique (J : Anti-infectieux)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est préconisé dans le traitement des :

- infections vaginales à Candida,
- dermatomycoses : tinea pedis, tinea corporis, tinea cruris, onychomycose (tinea unguum).

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- hypersensibilité connue à ce médicament et aux dérivés apparentés,
- association avec le cisapride.
- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical.

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

MISES EN GARDE

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter votre médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou à un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter votre médecin le plus rapidement possible.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous êtes enceinte.

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception efficace est indispensable.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

43,50



MYCOSTER 1%
Solution 30 ml



6 118000 011125

5. COMMENT CONSEILLEZ-VOUS D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

D01AE14

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries.

nédicament. Elle contient des informations

utiles pour vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

Si vous avez des symptômes indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des symptômes indésirables indiqués ci-dessous, ou si vous avez des doutes, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit.
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

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

Faites attention avec MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée :

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane® 1000 mg, comprimé PARACÉTAMOL

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous (111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique mais prégalatinisé, acide stéarique (origine végétale)

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il élimine la fièvre telles que maux de tête, états grippaux, règles douloureuses. Il peut également être pris pour les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à 18 ans et plus).

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il faut prendre paracétamol. Demandez conseil à votre médecin.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS PRÉSENTES SUR LA BOÎTE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas d'allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: J283



Doliprane® 1000 mg, comprimé PARACÉTAMOL

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous (111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique mais prégalatinisé, acide stéarique (origine végétale)

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il élimine la fièvre telles que maux de tête, états grippaux, règles douloureuses. Il peut également être pris pour les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à 18 ans et plus).

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il faut prendre paracétamol. Demandez conseil à votre médecin.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS PRÉSENTES SUR LA BOÎTE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas d'allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: J283



Liste des excipients à effet notable

Ce médicament contient du sel (sodium).

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit ou de sucre dans le sang.

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut informer votre pharmacien de tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMMENT PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIME EFFERVESCENT ?

Attention : cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par comprimé effervescent. Ne pas dépasser 3 comprimés par jour.

POSOLOGIE

En raison de son dosage, ce médicament est réservé à l'adulte et aux adolescents de 12 ans et plus.

La posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé à 1000 mg par prise, à renouveler si nécessaire.

En cas de besoin, la prise peut être répétée au bout de 4 heures minimum.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser la dose de 3000 mg de paracétamol par jour.

Cependant en cas de douleurs plus intenses, la posologie peut être augmentée jusqu'à 3 comprimés par jour.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises doivent être limitées à 1 comprimé par jour.

Si vous avez l'impression que l'effet de Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent, est insuffisant, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Si vous avez pris plus de DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent, pour compenser la dose simple que vous avez oubliée de prendre.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables.

- Dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption cutanée ou une réaction allergique. Il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

- Exceptionnellement, des modifications biologiques nécessitant un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées : taux anormalement bas de certains éléments du sang (plaquettes) pouvant se traduire par des saignements de nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

COMMENT CONSERVER DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ?

Conserver le tube soigneusement fermé à l'abri de l'humidité.

Ne laisser, ni à la portée ni à la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.



100028

06.19

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescent

6

118000040361

15,90

P P V I S 5 0 H 8 0
P E R 0 1 2 3
I O T 1 0 2 8
S 1



bottu
52, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
B. Bachouchi - Pharmacien Responsable