

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 - Tél. : 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

ND: 27654

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024585

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2378 Société : ROYAL-AIR-MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. LAURICHI FAÏCAL Date de naissance : 28/07/56

Adresse : RTE MEKKA ETC E APPATZ PARTIE CALIFORNIE

Tél. : 0654 500 351 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 20 25 25

Date de consultation : 25/04/2020

Nom et prénom du malade : M. LAURICHI FAÏCAL Age : 28/07/56

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

Nature de la maladie : Lésion chète + quidermony use

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 : 25/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 : 2378

Nom de l'adhérent(e) : M. LAURICHI FAÏCAL

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
25/4/2020	C	01	200	Dr. TAGNAOUH Médecin Généraliste 70, Rue de Normandie Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 25 58 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie des Origines
Mme LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 98 85 17 - Casablanca

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

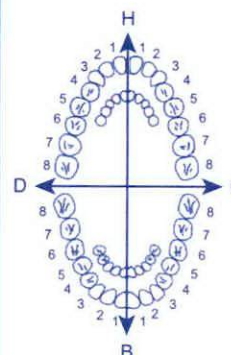
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET 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

الدكتور إبراهيم التناوتي

خريج كلية الطب بوردو

الطب العام

70، زقة نورماندي - العاريف

الدار البيضاء - الهاتف، 05 22 25 59 32

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr Lahrichi Fayçal

248.- Serelude 250
194.60 - 1 bouffée x 2

194.60 - Alacand 8

49.70 - Azix 500 1 c le mal

57.80 - Allergo 1 c / Komodol 1 c

14.- x 2 - 11 gouttes x 3

15.80 - Doliprane 1000 3 B

43.50 - Mycoster solution 1 c x 3

57.50 - Diflucan 150 19 fl oz x 1

425.- 1 gel / 1 c

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

Pharmacie des Roches
Mme LAHRICHI
256, Boulevard de
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
118001141104

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.V.: 194,60

AZ

PPV: 7900470
PER: 12/22
LOT: 12958

COMPOSITION ET PRESENTAT

Comprimé 500 mg sécable, boîte de

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement des infections dues aux germes

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

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.

PRECAUTIONS 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).



AZIX® 500 mg
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941



bottu sa

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

DIFLUCAN® 150 mg ○
1 GÉLULE



6 118000 250159

CAN® 150mg



DU MEDICAMENT

merciale: DIFLUCAN®.

Pfizer **DIFLUCAN**®
150 mg FLUCONAZOLE

UT. AV. :

P.P.V. :

LOT N° :

57,50

09366020/6

ACTIVE ET QUANTITATIVE

fluconazole.

hydrate, amidon de maïs, silice colloïdale anhydre,
arylsulfate de sodium.

RIQUE

de 1 et 4 gélules.

U-THERAPEUTIQUE ou type d'activité

Antimycosique à 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.

PRECAUTIONS 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

médicament. Elle contient des informations

demandez plus d'informations à votre médecin ou à

Si vous avez besoin de plus d'informations, vous pouvez avoir besoin de la lire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes ne disparaissent ou persistent, consultez votre médecin.

Si vous avez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des symptômes graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

1 %, solution pour
QUELS CAS EST-IL

INFORMATIONS A
R MYCOSTER 1 %,
e ?

STER 1 %, solution pour

EFFETS INDESIRABLES

5. COMMENT CONSERVER 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
UTILISE ?**

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.

**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 PHARMA-
CIEN.

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

PARACÉTAMOL

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous (1111, 11 mg), pour un comprimé.

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

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COCAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est efficace contre la fièvre et la douleur. Il est utilisé dans les cas de fièvre telles que maux de tête, états grippaux, rhumes, douleurs musculaires, douleurs articulaires, douleurs dentaires, douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à lire attentivement la rubrique "Posologie").

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

QUELLES SONT LES INFORMATIONS CONCERNANT DOLIPRANE® 1000 mg, COCAS ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé croscarmellose sodique, si vous souffrez 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

PARACÉTAMOL

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous (1111, 11 mg), pour un comprimé.

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

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COCAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est efficace contre la fièvre et les douleurs. Il est également efficace contre les douleurs telles que maux de tête, états grippaux, rhumes, douleurs musculaires, douleurs articulaires, douleurs dentaires, douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à lire attentivement la rubrique "Posologie").

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

QUELLES SONT LES INFORMATIONS PARTICULIÈRES À RETENIR ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé croscarmellose sodique, si vous êtes allergique 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



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

Liste des excipients à effet notoire

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 déclarer à votre médecin ou à votre pharmacien tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMMENT PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ?

Attention : cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par comprimé effervescent.

POSOLOGIE

En raison de son dosage, ce médicament est réservé à l'adulte.

La posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé à 1000 mg par prise, à raison de 3 à 4 prises par jour. 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 à 4 comprimés par jour.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), la prise doit être réduite. Ne pas dépasser 3 comprimés 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, ne prenez pas de supplément 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 : tous 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.

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescent

8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

100028
06 19

15,90

PPVIS
PER
LOT
S1



b

bottu s.s
52, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Ajdir 05/12 - 101025