

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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° P19-0049412

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8286 Société : (57.016)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KHALIL Gathia
Date de naissance : 22/07/167
Adresse : 41, Residence Enkharil B1, APPA, Ben Abdellah, Mohammédia
Tél. : 0664770374 Total des frais engagés : 240,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2021
Nom et prénom du malade : EL KHALIL GATHIA 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 : Mohammédia

Le : 21/01/2021

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
21/01/2011	ca			<p>CHATELAIN CHATRAOUI</p> <p>MEDECIN DENTISTE</p> <p>Residence: 10, rue de la République</p> <p>Ain Harrouda - Tel: 0019811770000</p> <p>ICE : 0019811770000</p> <p>09 60 60 66 7</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE GRAND ZENATA</p> <p>DR. NOURY Nour-Idine</p> <p>Lot G. 10000 N° 6 Km 17</p> <p>Ain Harrouda</p> <p>Tel.: 05 22 33 21</p>	21/01/2011	240,30

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
		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 canaux, ainsi que le bilan d

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Latifa CHATRAOUI

Médecine Générale

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Résidence Nasadihi - Appt 2

Ain Harrouda

Tél.: 05 22 33 22 64

الدكتورة لطيفة الشطراوي

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

إقامة نساخي - عين حرودة

الهاتف: 05 22 33 22 64

Ain Harrouda, le : 21/01/2021 : عين حرودة، في :

EL KHALIL Fakhri

61,100

1) Carter qf 100

SV

PHARMACIE GRAND ZENATA
DR. HOURY Nour-Iddine
Lot Guessous N° 6 Km 17
Ain Harrouda
Tel.: 05 22 33 21 42

35,150

2) Brufin 100 qf

SV

22,100

1) Indomex qf

SV

52,80

u) Inzal 100 qf

SV

69,100

1) Douvex qf

SV

24,130

Docteur Latifa CHATRAOUI
MEDECINE GENERALE
Résidence Nasadihi Appt 2
Ain Harrouda - Tél. 05 22 33 22 64
ICE : 001981177000035



DociVox

Comprimé
Voie orale

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 pour la gorge et les voies respiratoires : •Apaise et dégage les voies respiratoires •Renforce les défenses naturelles.

- Propolis : la sphère d'action privilégiée de la propolis concerne l'ORL où elle agit très rapidement de nombreuses affections couramment rencontrées, plus particulièrement les rhinites.
- Eucalyptus : remarquable décongestionnant respiratoire des muqueuses respiratoires.
- Echinacée : utilisée pour renforcer les défenses naturelles de l'organisme et atténuer la grippe ou le refroidissement (syndrome grippal).

UTILISATIONS :

DociVox comprimé à sucer est spécialement formulé pour protéger la muqueuse.

-Enrouements passagers.

-Maux de gorge en cas de toux sèche d'irritation ou d'allergie.

DociVox procure une sensation de fraîcheur agréable et durable (goût original menthe, miel et citron).

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

1 comprimé à sucer 3 fois par jour.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants.

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 (eucalyptus globulus) 50 mg, extrait sec d'échinacée (echinacea purpurea) 50 mg, extrait de gingembre (zingiber officinalis) 12 mg, acide ascorbique 60 mg, sorbitol, poudre miel, stéarate de magnésium végétal, silice colloïdale, thaumatococcus, sucralose, acésulfame potassium, aspartame, arôme citron, menthol.

Autorisation ministère de la santé n° DA 20171612028DMP/20UCAV1

gingembre)

e gorge

ments passag

LOT: 200173
DLUO: 05/2023
69,00DH

IMPRIMEPEL 07/19

مختبرات ديفا للصيادلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Prazol[®] 20 mg

oméprazole

Veuillez lire

- Gardez ce
- Si vous
- médecin ou
- Ce médic
- en cas de s
- Si l'un de
- dans cette m

PPV : 52DH80

PER : 11/22

LOT : J1605-3

COMPOSITION

Prazol[®] 20 mg

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :



1 gélule

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeïne hémihydraté
(Quantité correspondant à codeïne base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler le comprimé sans le croquer, avec un grand verre d'eau.

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MEDICAMENT DOIT ETRE PRENE

Les comprimés sont à prendre de préférence au cours d'un repas.

Les prises régulières permettent d'éviter les pics de douleurs ou de fièvre.

DURÉE DU TRAITEMENT

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

En dehors des affections rhumatismales, si la douleur persiste plu

s'aggravent ou en cas de survenue d'un nouveau trouble, en inform

INSTRUCTIONS EN CAS DE SURDOSAGE :

Si vous avez pris plus de BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT UN MEDECIN.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES :

Si vous oubliez de prendre BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé : ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

V. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables.

- Peuvent survenir des réactions allergiques (notamment en raison de la présence de lécithine de soja) :

- Cutanées, éruption sur la peau, démangeaisons, œdème, aggravation d'urticaire chronique,
- Respiratoires de type crise d'asthme.
- Générales, brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke).
- Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie gastro-intestinale (cf. rubrique "Mises en garde spéciales").

Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.

• Il peut exceptionnellement être observé des maux de tête accompagnés de nausées, de vomissements et de raideur de la nuque.

Dans tous ces cas, il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

- Au cours du traitement, il est possible que surviennent :
- des troubles digestifs : maux d'estomac, vomissements, nausées, diarrhée, constipation.
- exceptionnels vertiges ou maux de tête, rares troubles de la vue, diminution importante des urines, insuffisance rénale.

Dans tous ces cas, il faut avertir votre médecin.

- Exceptionnellement, ont été observées des modifications du bilan hépatique ou de la formule sanguine (baisse des globules blancs ou des globules rouges) pouvant être graves.

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

VI. CONDITIONS DE CONSERVATION

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver à une température ne dépassant pas +25°C.

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

Liste II (Tableau C)

VII. DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE :

Septembre 2008.

Laboratoires ABBOTT

Fabriqué sous licence par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri. 20110 Casablanca.

Clartec®

Loratadine

Formes et présentations :

- Comprimés : - Boîte de 30
 - Boîte de 15
 - Boîte de 10
Sirops : - Boîte de 1 Flacon
 - Boîte de 1 Flacon

Composition :

Comprimé :

Loratadine (DCI)
Excipients q.s.p.

Sirop :

Loratadine (DCI) 0,1 g
Excipients q.s.p. 100 ml

Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminique sélectif des récepteurs H1 périphériques, d'action rapide et prolongée, compatible avec une prise quotidienne, par voie orale, dénué d'effets secondaires sédatifs et anticholinergiques aux doses thérapeutiques.

Indications :

- Traitement symptomatique de la rhinite saisonnière pollinique (Rhume des foins), de la rhinite apériodique, de certaines dermatoses allergiques (urticaire,...).
- Traitement symptomatique des urticaires aiguës de l'enfant.

Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament
Enfants de moins de 2 ans

Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence et céphalées sont exceptionnels.

Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière placentaire passant dans le lait, est à éviter durant la grossesse et l'allaitement.
- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez les enfants de moins de 2 ans.

Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :

Poids corporel > 30 kg : 10 mg de **Clartec®** une fois / jour (2 cuillères-mesure de sirop)

Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de **Clartec®** une fois / jour (1 cuillère-mesure de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans : 1 comprimé par jour, de préférence le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes, la prudence est requise chez les patients atteints d'insuffisance hépatique très sévère.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II