

# 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.

## Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



64244

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0001447

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007596 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAFIK HANAN Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661882649 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEMBACHAR Naureddine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél: 0522 33 74 30 - Berrechid

Date de consultation : 28/03/2021

Nom et prénom du malade : RAFIK HANAN Age : 41/1972

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

Nature de la maladie : Dom cleig - Air

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 : ACCUEIL 23 MARS 2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
08/03/21	C	2	150,00	

Dr. LEMBACHAR Nouraldine  
42 Rue Bir Anzarain  
Quartier Industriel  
Tél: 0522 33 74 30 - Berrechid

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

08/03/21 194,00

# 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

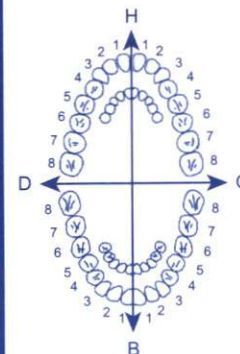
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

## 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 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

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الألم

Fait à Berrechid le :

08/03/2021

Rafik Haouane

99.00 Alclavip

1.42

30.00 Drogan

1.42 x 37

21.50 Mifalpin 102

22.00 Demix 39

1.42

194.10

Pharmacie OMNIA  
Docteur en Pharmacie  
83, Rue Bir Anzarane, Berrechid  
Tél : 0522 33 61 51

Rhumix®  
Boîte de 10 sachets  
P.P.V. : 22.00 DH  
6 118000 191032

Dr. LEMBACHAR Nourddine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier industriel  
Tél : 0522 33 74 30 - Berrechid



# MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## • COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL ..... 400,0 mg

CAFEINE ..... 62,5 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE ..... 20,0 mg

Excipients : sîlice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule : composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoxaline de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose.

## • FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

## • CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

## • DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

## • ATTENTION :

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Allergie à l'un des composants.
  - Maladie grave du foie.
  - Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
  - Enfants de moins de 15 ans.
  - Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
  - En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
- Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'oxazoline (antibiotique).

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

## • MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

## • PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.
- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

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 DEVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'oxazoline, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

PPV:21DH50

PER:05/22

LOT:J1600

# MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## • COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL ..... 400,0 mg

CAFEINE ..... 62,5 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE ..... 20,0 mg

Excipients : sîlice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule : composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoxaline de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose.

## • FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

## • CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

## • DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

## • ATTENTION :

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Allergie à l'un des composants.
  - Maladie grave du foie.
  - Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
  - Enfants de moins de 15 ans.
  - Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
  - En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
- Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'oxazoline (antibiotique).

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

## • MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

## • PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.
- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

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 DEVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'oxazoline, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

PPV:21DH50

PER:05/22

LOT:J1600

# PROSPAN®

## Sirup Traitement de la toux



Sans sucre • Sans alcool • Sans colorant  
mucolytique • spasmolytique • soulage la toux  
Adultes et Enfants



### COMPOSITION :

Lierre grimpant (extrait hydroalcoolique sec de feuille) .....

Excipients : sorbitol à 70% (crystalisable)

Sorbate de potassium : .....

Eau purifiée, arôme cerise, gomme xanthane, acide citrique anhydre.

**PRÉSENTATION :** Flacon de 200ml et 100 ml.

**CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE :** Médicament de Phytothérapie à visée expectorante

**PROPRIÉTÉS :** • Mucolytique • Spasmolytique • Soulage la toux.

**INDICATIONS :** Le sirop PROSPAN est traditionnellement utilisé :

- Dans le traitement symptomatique de la toux.

- Au cours des affections bronchiques aiguës bénignes.

**ATTENTION !** En raison de la présence de sorbitol, ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ en cas d'intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### MISES EN GARDES SPÉCIALES :

**ATTENTION :** Si les symptômes persistent plus de cinq jours, consulter votre médecin.

**INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :** L'utilisation simultanée du Prospan avec d'autres médicaments n'a pas d'effet nuisible, c'est pourquoi ce médicament peut être combiné, sans aucun risque, avec d'autres médicaments tels que les antibiotiques.

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT :** Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement, de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

**LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :** Ce médicament contient du sorbitol (1,9 g par cuillère à café) et du sorbate de potassium (0,04 meq de potassium) par cuillère à café.

**MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE :** Voie orale.

- **Adultes et enfants (>10 ans) :** 2 cuillères à café 3 fois par jour (le dosage chez l'adulte peut être augmenté jusqu'à 3 cuillères à café 3 fois par jour si nécessaire).

- **Enfants de 6 à 9 ans :** 2 cuillères à café 3 fois par jour.

- **Enfants de 1 à 5 ans :** 1 cuillère à café, 3 fois par jour.

- **Nourrissons (<1 an) :** 1 cuillère à café, 2 fois par jour.

**BIEN AGITER AVANT UTILISATION.**

**DURÉE DU TRAITEMENT :** 1 semaine

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

### NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

**Note :** l'agent extractif éthanol, sert à obtenir le principe actif : extrait de feuille de lierre. Le processus de séchage appliqué enlève complètement l'alcool de l'extrait.

**Note spéciale :** PROSPAN sirop contient un extrait de plante comme principe actif, sa couleur peut occasionnellement changer, comme c'est le cas pour la plupart des préparations à base d'extraits naturels, ceci n'impacte en aucun cas l'efficacité du produit.

IMPRIMEPEL 01/20 L01/20



# ACLAV®

## Amoxicilline + Acide clavulanique

### COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

COMPOSITION :	PRODUIT :		
	Aclav 1g/125mg -Boîte de 12 sachets -Boîte de 14 sachets -Boîte de 16 sachets -Boîte de 24 sachets	Aclav 500mg/62,5mg -Boîte de 12 sachets -Boîte de 16 sachets -Boîte de 24 sachets	Aclav Enfant 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 60 ml
Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre	1g	500 mg	6 g
Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique	125 mg	62,5 mg	750 mg
Excipients	q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	q.s.p 10,30 g de poudre
			q.s.p 5,15 g de poudre

LOT : 4780  
PER : 09-21  
P.P.V : 99DH00

### PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines.

Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bêta-lactamases.

### INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans :

Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes.

Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.

Les angines récidivantes, amygdalites chroniques.

Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.

Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.

Les pneumopathies aiguës du patient à risque.

Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.

Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.

Les parodontites.

Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.

Traitement de relais de la voie injectable.

Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.

Infections urinaires chez le nourrisson.

### CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylécétonurie (en raison de la présence de l'aspartam)

-Relatives :

Le méthotrexate

### POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

**Adulte normorénal** (poids  $\geq 40$  kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

**Adulte insuffisant rénal** (poids  $\geq 40$  kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g /125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

**Chez les patients âgés :** pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est  $\leq 30$  ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)

A19033 Fleximot