

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009241

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02488 Société : Retraite 64946  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AARACH MOHAMMED  
Date de naissance : 01/01/1955  
Adresse : Hay AL WODS IMM N° 99 RES AL FAR  
SIDI EL BERNOUSSE  
Tél : 0660718087 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BF ACHMI Fadoua  
Médecin Généraliste  
24 Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg  
Ain Sebaa Casablanca  
Date de consultation : 18/03/2021  
Nom et prénom du malade : AARACH Ranael Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection dépressive 4ème phase 4-15 degrés  
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 : 25/03/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





### 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
18/03/2021	CS		1000A	
20/03/2021	4		6000A	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/3/21	214,60

### 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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Fadoua BELACHMI**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**

- Diu en Diabétologie  
de la FMPR
- Permis de Conduire



**الدكتورة فدوى بلعشمي**

**الطب العام**

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب-الرباط
- رخص السياقة

① 0522757374

Casablanca le : 18/03/2021 : الدار البيضاء في :  
 rue NANA AA RAICH.

Apixof group adulte

79.00

100 x 15

**صيدلية يانا**  
**Pharmacie YANA**  
 102 bd Driss al Harti Lot 605  
 Hay Al Baraka - Casablanca  
 Tél : 05 22 71 07 03

Progest

52.80

100 x 15 (BU)

Gaviscon

48.40

100 x 15

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
 AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
 PPV: 48 DH 40

BN 024181  
 DOM 08/2020  
 EXP 08/2022

34.40

Nealgy

100 x 15

**Dr. BELACHMI Fau**  
**Médecin Généraliste**  
 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etage  
 Ain Sebaa Casablanca

**Pharmacie YANA**  
 102 bd Driss al Harti Lot 605  
 Hay Al Baraka - Casablanca  
 Tél : 05 22 71 07 03

100 x 15 (ornopris yys) (ornis)

24 , شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1° Etage Ain sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca

# NEALGYL® 80 mg

## Phloroglucinol

### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### Composition :

Phloroglucinol hydraté ..... 80,00 mg quantité  
correspondant en phloroglucinol anhydre à ..... 62,25 mg pour un  
comprimé orodispersible.  
Excipients : Aspartam, lactose

#### Forme pharmaceutique

Comprimé orodispersible par voie orale  
Existe en boîte de 10, 20 et 30 comprimés orodispersibles

#### Classe pharmaco-thérapeutique

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)

(G : système génito-urinaire)

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

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

#### ATTENTION !

**Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)**  
Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie à l'un des composants.

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

#### Précautions d'emploi

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

#### Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE PHARMACIEN.



34140  
PPV 34140  
PER 10/20  
LOT J2928-2



# Apixol®



Solution buvable

## FORMES ET PRESENTATIONS :

**Apixol® Adultes** - Solution buvable-flacon 200ml.

**Apixol® Enfants** - Solution buvable-flacon 200ml.

## PROPRIETES :

**Apixol®**, à base d'extraits de propolis, d'échinacée ainsi que d'autres actifs naturels, aide à dégager et apaiser les voies respiratoires et à adoucir la gorge, procurant ainsi un confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant les défenses naturelles de l'organisme.

## UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

## CONSEILS D'UTILISATION :

**Apixol® Adultes** : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

**Apixol® Enfants** : - Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 à 4 fois par jour.

- De 4 à 12 ans : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Déconseillé chez la femme enceinte.
- Le produit peut présenter des sédiments dûs à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.
- Respecter la dose recommandée.
- Bien agiter avant l'emploi.
- Après ouverture, conserver au frais et consommer dans
- Tenir hors de la portée des enfants.

**Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament**

~~Lot:~~  
~~A consommer~~  
~~avant le:~~

PPC: 79,00 DH

~~200500~~  
~~09/2023~~

# PROGAST 20 mg

## Oméprazole

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Oméprazole (DCI) ..... 20 mg  
Excipients : Saccharose/Amidon de maïs, Mannitol, Carboxyméthylamidon sodique, Laurylsulfate de sodium, Povidone, Hypromellose, Phtalate de hypromellose, Huile de Soja et Talc. qsp ..... 1 gélule

### FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants
- Boîte de 7, 14 et 28 gélules.

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

- Antiulcéreux.

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

Les indications thérapeutiques de la spécialité pharmaceutique PROGAST 20 mg Microgranules gastrorésistants en gélule, seront limitées à :

#### Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- - Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

#### Enfant de plus de 1 an et de poids $\geq 10$ kg :

- Œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Progast 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Progast 20 mg

- Œsophagite par reflux ga

- 1 gélule de Progast 20 mg

- Traitement des lésions g
- stéroïdiens :

- 1 gélule de Progast 20 mg

- Traitement préventif des
- toires non stéroïdiens :

- 1 gélule de Progast 20 mg

PPV : 52DH80  
PER : 08/21  
LOT : H2670-2

