

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Diologie 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 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 060702

84966

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8774 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : chakil fawaid

Date de naissance : 08.05.1968

Adresse : 59, Rue Rahel Ben Ali Med casab

Tél. : 06 70 33 61 19 Total des frais engagés : 7053 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2021

Nom et prénom du malade : LAKIL IKRAM Age : 17

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bruxisme

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le 14/03/2021

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
14.09.2021		c	200 DH	Dr. DRIFI Hassan Général Médecin - Spécialiste Urgence - Anesthésie - Rémédiation - NCA N° 625 - Commune Sidi M'hamed - 9000 - NCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	19/09/2021	45530

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 D B G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B G	[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 GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DRIFI Hassan

Médecine Générale

Médecine des Urgences

Médecin Agrée pour la

Visite de Permis de Conduire



الدكتور الضريفي حسن

الطب العام

طب المستعجلات

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

Casablanca, Le 14.09.2021

AKRIM chAKIL

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 68

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 30

PPV: 49,60 DH
LOT: 21F22
EXP: 06/2024

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahai Ben Ahmed
Dr. Mme. BENMOUSSA Ouafae
Tel: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 68

شارع محمد الخامس عمارة 625 الطابق 3 شقة رقم 23 أقام معاشرة الصخور السوداء - الهاتف : 05 22 24 14 90 - المحمول : 06 69 02 66 67
BD Med V, Imm 625, 3 ème étage Appt N°23 en face de la Commune Sokhor Assawda - Tél : 05 22 24 14 90 - GSM : 06 69 02 66 67

6900

* KALDANER



6900

~ 7 x 37

* Naumethyl

~ x 31

~~DRIF Hassan~~

Médecine Générale - Néurologie - Psychiatrie
Bd. Med. V. El Moutawakel 15, 26ème Etage, Appart. 11
en Face de la Commune Sayyid Assawda
Tél: 05 22 24 14 30 CASABLANCA

15530

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme. BENMOUSSA Ouafae
Tel: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

Pris le 28/01/2008

LOT : 210052
D.L.U.O : 01/2024
69,00 DH

Voie orale

nometil®

Extrait standardisé de Zingiber officinale

Deva
Pharmacie

COMPOSITION

Poudre de Rhizome de Gingembre (Zingiber Officinale) 250 mg sous forme d'extraits standardisés concentrés en gingérols. Excipients : silice colloïdale, gomme arabique, talc; qsp 1 gélule

PRESENTATIONS

Boite de 15 gélules

Boite de 30 gélules

PROPRIETES ET UTILISATIONS

Nometil, ayant comme principe actif le gingérol, contenu dans l'extrait sec de gingembre standardisé (Zingiber officinale), possède une grande activité sans provoquer d'effets secondaires pour aider à atténuer les désagréments digestifs passagers (digestion difficile avec nausées).

De nombreuses études, réalisées entre autres auprès des femmes enceintes, ont permis de démontrer l'efficacité du principe actif de **Nometil**.

Sa formulation est développée pour aider à retrouver un équilibre digestif optimal dans les situations suivantes :

- En cas d'excès alimentaires
- En cas de régime alimentaire inhabituel (en vacances par exemple)
- Lors de voyages ou déplacements agités
- En cas de stress trop important.
- Grossesse : chez les femmes enceintes pour retrouver le bien-être digestif durant leur grossesse.

Il permet d'agir contre les nausées en 30 minutes, sans effet de somnolence et sans effets secondaires.

RPV 23D,130
EXP 07/2024
LOT 18053 4

ZINASKIN®
(Sulfate de zinc)

T
escents, boîte de 30

lisez cette notice avant de prendre ce médicament.
Si vous avez besoin de la relire,
ou si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à
votre pharmacien.
Ce médicament est prescrit par votre médecin. Il ne doit pas être donné à quelqu'un d'autre, même en cas de
symptômes. Il peut 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.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT

- Sulfate de zinc

Quantité correspondant à zinc métal 15 mg/comprimé effervescent
Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Sorbitol, Benzoate de sodium, Cyclamate de sodium, Saccharine sodique, Arôme polvaromas citron menthe 27G111, Arôme polvaromas caramel 17M305, Talc, Ethanol à 96%, Eau purifiée

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium, Sorbitol.

3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Elément minéral

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Acné inflammatoire de sévérité mineure et moyenne.
- Acrodermatite entéropathique.

5- POSOLOGIE

La posologie sera adaptée à chaque indication, ainsi qu'à la gravité des symptômes.

Posologie - Durée d'administration

- Acné :
La dose journalière usuelle est de 2 comprimés effervescents de ZINASKIN® 15 mg en une seule prise le matin à jeûn ou à distance des repas, pendant 3 mois.

La dose sera ramenée ensuite à 1 comprimé effervescent/jour.

ZINASKIN® 15 mg, comprimés effervescents peut être utilisé lors de l'exposition solaire.

- Acrodermatite entéropathique :

1 comprimé effervescent/jour au moins jusqu'à la puberté où il peut être nécessaire d'augmenter la posologie à 2 comprimés effervescents par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent dans un verre d'eau.

A prendre à distance des repas.

Fréquence d'administration

1 à 2 prises par jour.

6- CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité à l'un des composants.
- Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

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

7- EFFETS INDESIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, LE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

ZINASKIN® est doué d'une très bonne tolérance.

Toutefois des manifestations gastro-intestinales, particulièrement à type de douleurs de l'estomac et du ventre ont été signalées. Ces manifestations sont de faible intensité et transitoires.

8- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

- Afin d'obtenir une absorption maximale, ZINASKIN® doit être pris à distance des repas.

RPV 23D,130
EXP 07/2024
LOT 18053 4

ZINASKIN®
(Sulfate de zinc)

T
escents, boîte de 30

Lisez cette notice avant de prendre ce médicament.
Si vous avez besoin de la relire,
ou si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à
votre pharmacien.

Le médicament prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de
symptômes. Il peut 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.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT

- Sulfate de zinc

Quantité correspondant à zinc métal 15 mg/comprimé effervescent
Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Sorbitol, Benzoate de sodium, Cyclamate de sodium, Saccharine sodique, Arôme polvaromas citron menthe 27G111, Arôme polvaromas caramel 17M305,

Talc, Ethanol à 96%, Eau purifiée

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium, Sorbitol.

3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Elément minéral

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Acné inflammatoire de sévérité mineure et moyenne.

- Acrodermatite entéropathique.

5- POSOLOGIE

La posologie sera adaptée à chaque indication, ainsi qu'à la gravité des symptômes.

Posologie - Durée d'administration

- Acné :

La dose journalière usuelle est de 2 comprimés effervescents de ZINASKIN® 15 mg en une seule prise le matin à jeûn ou à distance des repas, pendant 3 mois.

La dose sera ramenée ensuite à 1 comprimé effervescent/jour.

ZINASKIN® 15 mg, comprimés effervescents peut être utilisé lors de l'exposition solaire.

- Acrodermatite entéropathique :

1 comprimé effervescent/jour au moins jusqu'à la puberté où il peut être nécessaire d'augmenter la posologie à 2 comprimés effervescents par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent dans un verre d'eau.

A prendre à distance des repas.

Fréquence d'administration

1 à 2 prises par jour.

6- CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité à l'un des composants.

- Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

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

7- EFFETS INDESIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, LE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

ZINASKIN® est doué d'une très bonne tolérance.

Toutefois des manifestations gastro-intestinales, particulièrement à type de douleurs de l'estomac et du ventre ont été signalées. Ces manifestations sont de faible intensité et transitoires.

8- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

- Afin d'obtenir une absorption maximale, ZINASKIN® doit être pris à distance des repas.

PPV 79,70
PER 07/2024
LOT N°2147



azithromycine

INDICATION :

de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :

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

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^{SA}
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 79,70
PER 07/2024
LOT N°2147



azithromycine

INDICATION :

de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :

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

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^{SA}
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaï - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOT:210238
DUO:04/2024
69,00DH

Gélules
Gélule

Voie orale

Kalmaner

Deva
Pharmaceutique

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Valeriana officinalis L (extrait sec).....100 mg

Crataegus oxyacantha L (extrait sec).....100 mg

Passiflora incarnata L (extarit sec).....100 mg

Lavanda angustifolia (extrait sec).....50 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Gélule

Boite de 15 / Boite de 30

PROPRIETES

Kalmaner contient des actifs d'origine végétale ayant prouvé leur efficacité dans les états d'agitation, stress, nervosité et insomnies.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS