

# 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 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise 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- 0046674

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9692 Société : RAM 89905

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERMER LAHCEN

Date de naissance : 30/06/1949

Adresse : ITISSAL III IM EST OUEST EX N°4 CD CASA

Tél. : 0614 2011 17 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Najia ROCHD  
Médecine Générale  
Bd 10 Mars. Bloc 12 N°21  
Ahman. Casablanca

Date de consultation : 25/10/2021

Nom et prénom du malade : MERMER LAHCEN Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension de prothèse - polyarthrite chronique

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.

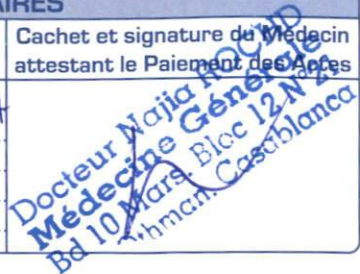
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /


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
26/12/2021			13204	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/21	834,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

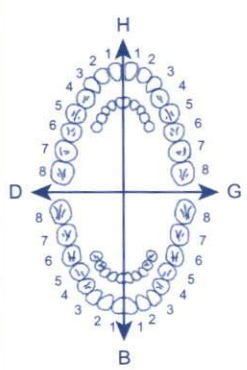
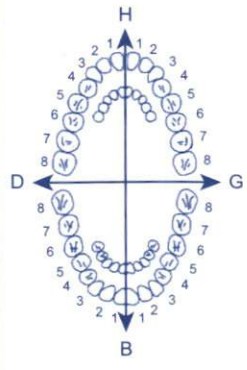
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

# Docteur Najia ROCHD

Médecin Expert Assermenté  
Près des Tribunaux

Médecine Générale

Echographie Générale

Diététique Médicale

Diabétologie

الدكتورة نجية رشد

خبيرة محلفة لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

الحمية الطبية

داء السكري

Casablanca, le : 26.10.2021 في: الدار البيضاء

MERMER LAHCEN

83.40

lofen gel  
1 gel + 3;



139.00 x 2

DONA 1500 Sachet (N° 02)

74.80 x 2

1 Sachet



megaflox 500 (N° 02)

64.50

kin gingival



159.30 x 2

flotral 100 (N° 02)

14.30 x 2

Rhoftal gel (N° 02)



834.80

شارع 10 مارس بلك 12 رقم 21 سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 29 19 37

Bd. 10 Mars, Bloc 12 N° 21- Sidi Othmane - Casablanca - Tél. : 0522 29 19 37

Docteur Najia ROCHD  
Médecine Générale  
Bd. 10 Mars, Bloc 12 N° 21  
Sidi Othmane, Casablanca

LOT : 201746  
UT AV : 12/2023  
PPV : 14,30DH

UTAV : : (HD) add

**KIN**

Gingival

**Encías** Gingivas  
**Gums** Gencives

21	12 21
LOT	UTAV
SOKAPHARM	PPC
64.50	

**AFRIC-PHAR**

**LOT**

**EXP**

**20N111**

**11/2023**

**PPV:74DH80**

Lot: 1903522  
EXP: 08-2022  
PPV: 139,00 DH

Lot: 1903522  
EXP: 08-2022  
PPV: 139,00 DH

74,80



# LOPERIUM®

Lopéramide

## PRESENTATION

LOPERIUM : gélule blanche ; boîte de 20

## COMPOSITION

	Par gélule	Par boîte
Lopéramide (DCI) Chlorhydrate	2 mg	40 mg

## INDICATIONS

C'est un antidiarrhéique qui agit en ralentissant le transit intestinal et en réduisant les sécrétions intestinales.

Il est utilisé dans le traitement symptomatique des diarrhées.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- crise aiguë de rectocolite hémorragique,
- enfant de moins de 8 ans.

## ATTENTION

Des précautions sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique.

Ce médicament n'est pas adapté au traitement des diarrhées dues à certains antibiotiques.

Une diarrhée qui s'accompagne de torpeur, de soif, de fièvre ou de sang dans les selles nécessite rapidement un avis médical. Le traitement doit être arrêté dès que les selles recommencent à être formées. L'usage trop prolongé du médicament expose à un risque de constipation important.

Si vous devez conduire, ou utiliser une machine dangereuse, assurez-vous préalablement que ce médicament n'altère pas votre vigilance.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les études actuellement disponibles n'ont pas permis de conclure de façon particulière lors de l'utilisation ponctuelle de



PPV: 23DH40  
PER: 01/24  
LOT: K248



# RHINOFEBRAL®

Gélule, boîte de 20

Paracétamol /Acide ascorbique/Maléate de Chlorphénamine

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

- Gardez cette notice, vous pourriez 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 du médicament :

### Principes actifs :

Paracétamol .....	240,00mg
Maléate de chlorphénamine .....	3,20mg
Acide ascorbique .....	100,00 mg
Excipients .....	q.s.p une gélule

Excipients : Silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

### Classe pharmacothérapeutique :

ANTALGIQUE ANTIPYRETIQUE.

ANTIHISTAMINIQUE INHIBITEUR DES RECEPTEURS H1

### Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient du paracétamol, un antihistaminique, la chlorphénamine et de la vitamine C. Il est indiqué pour le traitement symptomatique de l'écoulement nasal lors d'un rhume avec maux de tête et/ou fièvre chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans.

### Posologie

#### RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 12 ANS.

La posologie usuelle est de :

1 gélule par prise, à renouveler en cas de besoin, au bout de 4 heures, sans dépasser 5 gélules par jour.

### Mode et voie d'administration

#### VOIE ORALE

Les gélules sont à avaler telles quelles avec une boisson (par exemple : eau, lait, jus de fruit).

### Durée du traitement

La durée habituelle du traitement est de 5 jours.

Si la fièvre ne diminue pas au bout de 3 jours ou si les signes cliniques s'aggravent, ne continuez pas votre traitement sans l'avis de votre médecin.

Devant les signes cliniques généraux d'infection, une antibiothérapie par voie générale doit être envisagée.

### Fréquence d'administration

Les prises de ce médicament doivent être espacées de 4 heures au minimum.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum.

Compte tenu de l'effet sédatif de ce médicament, il est préférable de commencer le traitement le soir.

### Contre-Indications :

**Ne prenez jamais RHINOFEBRAL, gélule dans les cas suivants :**

- Allergie connue au paracétamol ou aux antihistaminiques,
- Maladie grave du foie,
- Difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre,
- Glaucome.

Ce médicament ne doit GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ pendant l'allaitement.

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

### Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, RHINOFEBRAL, gélule est susceptible d'avoir des effets indésirables. Cependant, il ne doit pas être utilisé sans avis médical. Il ne doit pas être utilisé sans avis médical.

Certains effets indésirables nécessitent **D'ARRÊTER** le traitement.

Dans certains cas rares, il est possible que survienne une réaction allergique se manifestant par un brusque gonflement du visage immédiat. Arrêtez le traitement, avertissez votre médecin et prenez du paracétamol.

Exceptionnellement des modifications biologiques anormales bas de certains globules blancs ou des saignements de nez ou de gencives. Dans ce cas, arrêtez le traitement, avertissez votre médecin et prenez du paracétamol.

- Somnolence, baisse de vigilance plus marquée,
- Baisse de la mémoire ou de la concentration, vertiges,
- Incoordination motrice,
- Sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation.

756.896.07.19

LOT : 201746  
UT AV : 12/2023  
PPV : 14,30DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

libération prolongée est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**Fréquemment :**

- Etourdissements, sensations vertigineuses, malaise, maux de tête;
- Troubles digestifs à type de nausées, douleurs dans le ventre;
- Sensation de fatigue.

**Peu fréquemment :**

- Vertiges, somnolence, syncope (perte de connaissance brutale);
- Chute de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout;
- Accélération des battements du cœur, palpitations ;
- Diarrhée ;
- Bouche sèche ;
- Nez bouché ou nez qui coule (rhinite);
- Eruptions de boutons sur la peau ou démangeaisons;
- Œdèmes, douleurs dans la poitrine ;
- Rougeurs du visage.

**Très rarement :**

- Angine de poitrine chez les patients atteints de troubles coronariens (voir rubrique 4.4 avec « »);
- Urticaire, brusque gonflement du visage, du cou pouvant entraîner une détresse respiratoire en danger le patient (angio-œdème).

**Fréquence non connue :**

- Maladies du foie (hépatite, ictère, obstruction des voies biliaires ;
- Erection douloureuse et prolongée ;

## **FLOTRAL®, comprimés à libération**

### **Mode d'emploi**

Avant d'utiliser ce médicament : prévenez votre médecin si vous souffrez d'insuffisance cardiaque aiguë, de hypertension artérielle ou si vous avez déjà eu une crise d'angine de poitrine ou une crise d'infarctus du myocarde.

Après avoir avalé le comprimé, vous pouvez ressentir des sensations vertigineuses, des étourdissements, de la fatigue, de la somnolence, de la diarrhée, de la bouche sèche, un nez bouché ou qui coule, des boutons sur la peau, des démangeaisons, des rougeurs du visage.

Si vous ressentez ces symptômes, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.

Les effets indésirables sont habituellement transitoires.



ة للتخزين.

تأول د. الأطفال

libération prolongée est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**Fréquemment :**

- Etourdissements, sensations vertigineuses, malaise, maux de tête;
- Troubles digestifs à type de nausées, douleurs dans le ventre;
- Sensation de fatigue.

**Peu fréquemment :**

- Vertiges, somnolence, syncope (perte de connaissance brutale);
- Chute de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout;
- Accélération des battements du cœur, palpitations ;
- Diarrhée ;
- Bouche sèche ;
- Nez bouché ou nez qui coule (rhinite);
- Eruptions de boutons sur la peau ou démangeaisons;
- Œdèmes, douleurs dans la poitrine ;
- Rougeurs du visage.

**Très rarement :**

- Angine de poitrine chez les patients atteints de troubles coronariens (voir rubrique 4.4 avec « »);
- Urticaire, brusque gonflement du visage, du cou pouvant entraîner une détresse respiratoire en danger le patient (angio-œdème).

**Fréquence non connue :**

- Maladies du foie (hépatite, ictère, obstruction des voies biliaires ;
- Erection douloureuse et prolongée ;

## **FLOTRAL®, comprimés à libération**

### **Mode d'emploi**

Avant d'utiliser ce médicament : prévenez votre médecin si vous souffrez d'insuffisance cardiaque aiguë, de hypertension artérielle ou si vous avez déjà eu une crise d'angine de poitrine ou une crise d'infarctus du myocarde.

Après avoir avalé le comprimé, vous pouvez ressentir des sensations vertigineuses, des étourdissements, de la fatigue, de la somnolence, de la diarrhée, de la bouche sèche, un nez bouché ou qui coule, des boutons sur la peau, des démangeaisons, des rougeurs du visage.

Si vous ressentez ces symptômes, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.

Les effets indésirables sont habituellement transitoires.



ة للتخزين.

تأول د. الأطفال