

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.

Diagnostique 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 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 070742

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **103391**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2378** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **M. LAHRICHI FAÏCAL**

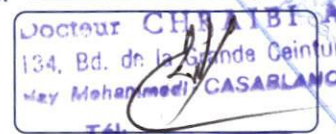
Date de naissance : **22/07/56**

Adresse : **PORTE CALIFORNIE ETG RAC N°3
CASABLANCA - ROUTE MEKKA**

Tél : **0654 500 951** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/01/2022**

Nom et prénom du malade : **M. LAHRICHI FAÏCAL**

Age : **28/7/58**

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Asthme + R. fonctionnel**

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.

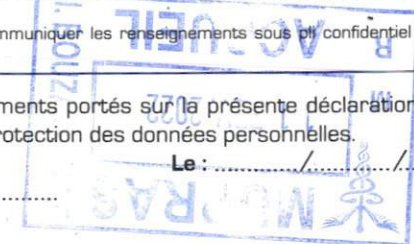
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

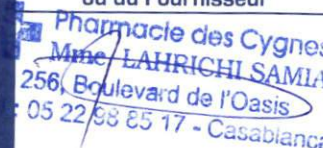


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10			150,00	 Dr. CHAHAT EL GHANNOUCHI 34, Bd. du 1er Grand Cointre 337 Mohammed V - CASABLANCA TEL:
2				
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Cygnes Mme LAHRICHSAMIA 256, Boulevard de l'Oasis 05 22 68 85 17 - Casablanca	10/02/22	632,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

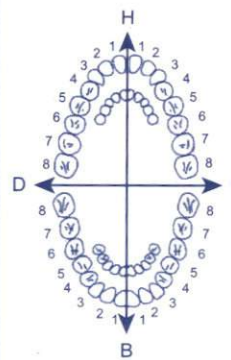
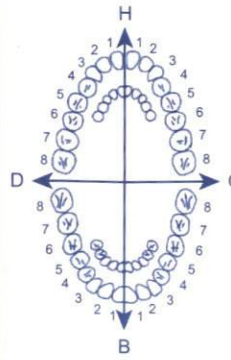
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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													
				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																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. CHRAIBI

Médecin Assermenté
Expert auprès des Tribunaux

134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: { Cabinet : 05 22 60 15 78
Domicile :

الدكتور عبد الله الشرايبي

طبيب محلف خبير لدى المحاكم

134, شارع الحزام الكبير
الحى المحمدي - الدار البيضاء

العيادة : 05 22 60 15 78
المنزل :

Casablanca, le : 10-2-22 الدار البيضاء, في :

Mr Lahrichi Faïçal

65.00

Oloxime 200mg

139.00

Mesona

135.00

Accu-check

109.70

Contiflo 0.4mg

53.10

Relaxol

84.80

Boxin

14.00 x2

Doliprane

18.00

Pulmoalmin

T: 632.60



Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
26, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 98 85 17 - Cas



Docteur CHRAIBI A.
134, Bd. de la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - CASABLANCA



PHARMACIE DES CYGNES

256 route de l'oasis

R.C : 251344

Patente: 34751401

T.V.A :

Tél : 0522988517

Le 19/01/2022

FACTURE N°60046

N° ICE : 000521554000017

N° IF :

MR LAHRICHI FAYÇAL

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ACCUCHEK ACTIVE BANDELETTE 25U	135,00	135,00	22,50	20,00
			TOTAL T.T.C : 135,00		
Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant	
			135,00	22,50	

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Trente Cinq DIRHAMS.

BREXIN®

Piroxicam Bêta-cyclodextrine

Composition :

Comprimés sécables	Suppositoires	Sachets
20 mg	20 mg	20 mg
1 comprimé Lactose	1 suppositoire	1 sachet Aspartam et Sorbitol

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

Indications :

- Traitement des états douloureux aigus.
- Traitement des rhumatismes inflammatoires aigus et chroniques.

Contre-indications :

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la piroxicam ou d'autres AINS ou l'Aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatique.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Phénylcétonurie du fait de la présence de l'Aspartam dans le comprimé.
- Association avec les anticoagulants oraux, autres AINS, héparine.
- En cas de grossesse et d'allaitement.

Effets indésirables :

Effets gastro-intestinaux : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Précautions d'emploi :

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

Mode d'emploi et posologie :

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

Formes et autres présentations :

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.



PULMOFLUIDE® SIMPLE, solution buvable
(Eucalyptol, Terpène, Benzoate de sodium, Guaifénésine)

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
Identiques, cela pourrait lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous
à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament :

• Les substances actives sont :

Eucalyptol.....
Terpène.....
Benzoate de sodium.....
Guaifénésine.....

• Excipients :

Acide benzoïque (E210), saccharose, alcool éthylique, propylène

• Excipients à effet notoire :

Saccharose, Sodium, Alcool éthylique, Jaune orangé S.

2. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : EXPECTORANT

Ce médicament est un modificateur des sécrétions bronchiques

3. Indications thérapeutiques :

Ce médicament est utilisé chez l'adulte pour traiter les affections
entraînant les sécrétions bronchiques).

4. Posologie

Respecter toujours la posologie et la durée de traitement prescrite

En cas de doute, consulter votre médecin ou votre pharmacien

Ce médicament est réservé à l'adulte : 1 cuillère à soupe,

Ce médicament vous a été personnellement délivré dans un

• Il peut ne pas être adapté à un autre cas,

• Ne pas le conseiller à une autre personne.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Durée du traitement :

Ne pas dépasser 8 à 10 jours de traitement sans avis médical

5. Contre-indications :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à ce

N'utilisez jamais PULMOFLUIDE SIMPLE, solution buvable

• si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des

composants contenus dans ce médicament

1. Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, en cas de traitement par :

• les médicaments provoquant une réaction antabuse (chaleur, rougeur, vomissement, palpitations) avec l'alcool,

• les médicaments sédatifs,

• certains médicaments anti-dépresseurs (IMAO non sélectifs),

• l'insuline,

• certains médicaments hypoglycémisants (metformine, sulfamides hypoglycémisants).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien

6. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Possibilité de troubles digestifs (douleurs de l'estomac, nausées, vomissements, douleurs abdominales).

En raison de la présence de dérivés terpéniques et en cas de non-respect des doses préconisées :

• risque de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant,

• possibilité d'agitation et de confusion chez les sujets âgés.

Déclaration des effets secondaires :

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament.

7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PULMOFLUIDE SIMPLE, solution buvable.

Mises en garde spéciales :

Ce médicament contient de l'éthanol jusqu'à 2,3g par dose. L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Un avis médical est nécessaire :

Pulmofluide® simple

Solution buvable 150 ml



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

pulmofluide®
simple

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé
La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.
Les autres composants sont : croscarmellose, mais prégélatinisé, acide stéarique.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs. Il peut également être utilisé dans l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte.

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il est déconseillé.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV: 14DH00

PER: 05/24

LOT: K1373

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé
La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.
Les autres composants sont : croscarmellose, mais prégélatinisé, acide stéarique.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs. Il peut également être utilisé dans l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte.

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il est déconseillé.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV: 14DH00

PER: 05/24

LOT: K1373

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



28 كبسولة
صامدة
للعصارة المعدة
عن طريق الفم

LOT : M0570
PER : 07/2023
PPV : 139,00 DH

Ineso 20 mg

28 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410447

صنع من طرف :
مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

147-148 المنطقة الصناعية نيل - الدار البيضاء