

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-597344

☒ **Maladie** ☒ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **R.A.M.**

Matricule : **12008** Société : **R.A.M.**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **HADAR**

Nom & Prénom : **KABLY**

Date de naissance : **28/10/1977**

Adresse : **81, Bd du 11 Janvier**

Tél. : **0661388687** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : **SEHLI Amira** Age : _____

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

Nature de la maladie : **Bronchite + Rhino-pharyngite + Allergie**

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) : _____

R AGGUEIL

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
30-05-22	e		200016	INP : 091061426 Lotissement El Rahma N° 51 - CASA Tél : 0522 22 49 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al-Hassan Docteur en Pharmacie 38, angle Bd du 11 Janvier et Mohamed El Bahadji E. 1. M. a. a. 1. - C.A.S.A B.L. N° 51 - CASA Tél : 0522 22 49 15 - Fax : 0522 22 49 15	20/05/22	325,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

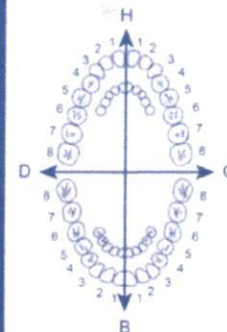
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

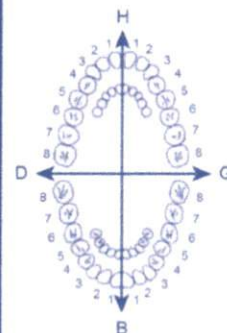
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Docteur Omar CHERKAoui
PEDIATRE

Diplôme de l'Université CLAUDE BERNARD
de Lyon - France
spécialiste des Maladies de l'Enfant
& du Nourrison



الدكتور عمر الشرقاوي

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة كلود بيرنار. ليون. فرنسا

Dr. Omar CHERKAoui
PEDIATRE
Lotissement Errahma N°51 - CASA
Tél : 05 22 89 22 19

Casablanca, le 30/05/2022

Enfant Sethi Amira

PHARMACIE MODERNE
Dr. A. Zakaria Hassan
Docteur d'état en Pharmacie
Doctorat d'état en Chimie
88, angle Bd du 11 Janvier et Mustapha
E1-M 34 - C A S A B L A N C A
Tél : 05 22 49 15 - Fax : 05 22 20 96 97
E-mail : a.hassan.zakaria@gmail.com

48,50 15 ans - 55 kg

① Cotipres **S.V** 20mg effervescent
2 cp 1/2 le matin / 5

79,00 après repas
② Apix **S.V** 500mg après repas
1 càc matin et soir / 1 semaine

79,20
③ Aliv **S.V** 500mg après repas
1/2 cp / j 1 3 j

49,00
④ Supradyn **S.V** 12cp
1 cp le matin / 1 semaine →

تجزئة الرحمة الرقم 51 إقامة ياسمين 7 الطابق 1، (فوق مختبر الشفاء) - الدار البيضاء
Lotissement Errahma Lot N° 51 Yassmine 7-1 Etage, (au dessus du laboratoire ACHIFA) - Casablanca
الهاتف : ع 05.22.89.22.19

24,40
5 Livalone fuit nasal, @ Infrase
45,20 1 pulvérisation x 2 j / 1 semaine
6 Nyctel Creme
1 Application
x 2 j / \$5 f

Dr. Omar CHERKAoui
PEDIATRE
cotisation Extra m. 57 - CASA
29 00 22 10

325,80

PHARMACIE MODERNE

3 Dr. A. Zakaria Hassan
Docteur en Chimie

Doctorat d'état en Pharmacie
68, angle Bd du 11 Janvier et Mustapha
El Mouni - CASABLANCA
Tél. : 0522.22.49.15 - Fax : 0522.20.96.87
E-mail: ahmedzakariahassan@gmail.com

Apixol®



Solution buvable

FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

PPC: 79,00 DH

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.

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Crème

LOT : 21E018
PER : 07/2024

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?
3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement :

- des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries,
- dermatite séborrhéique légère à modérée du visage.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

Contre-indications

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 pour cent, crème dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit,
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

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

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec MYCOSTER 1 pour cent, crème :

Précautions d'emploi

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses: il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

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

Interactions avec d'autres médicaments

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse - allaitement

pivalone 1%

tixocortol

Suspension nasale

PER.

Composition

Tixocortol pivalate

PPV:

Excipient : alcool benzylique, chlorure de sodium, phosphate Monosodique dihydraté, soluté officinal d'hydroxyde de sodium, eau purifiée q.s.p. 100 g

Conservateur : Chlorure de N-Cétylpyridinium

FORME PHARMACEUTIQUE

Suspension nasale, flacon de 10 ml

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

(TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage nasal (R : système respiratoire)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Manifestations inflammatoires et allergiques du rhinopharynx : Rhinites allergiques, rhinites saisonnières, rhinites congestives aiguës et chroniques, rhinites vasco-motrices.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

(CONTRE INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas :

- d'antécédents allergiques au produit.
- d'épistaxis (saignements du nez).
- d'existence en cours de traitement d'infections virales ou fongiques de surinfection locale importante.

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

PRECAUTIONS D'EMPLOI

A utiliser après mouchage ou nettoyage soigneux du nez.

- Consulter votre médecin en cas d'aggravation des troubles.

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 D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

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.

24,40

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

PPV: 48DH50
PER: 02/25

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme de métasulfobenz... (liquide) exprimé 20 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé.
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

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

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

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 D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépripil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

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.

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg séc.

INDICATIONS THERA

Traitement des infections

- infections respiratoires

pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE -INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

MISE 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.

PRECAUTIONS 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).

PPV 79DH70

PER 01/25

telles que :

sinusite, angine et



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable