

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 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° P19- 044565

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e).

Matricule : 528 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOUGHOU MOHAMED

Date de naissance : 29/01/42

Adresse : 3, Rue Saida Ben Zouhair, 4ème Etage, EUB
Appt 5-5 CP. Palmier Casablanca

Tél. : 05 22 25 04 00 Total des frais engagés : 566, No 1 Dhs
05 26 66 88 06 12

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur IMANE BENOUGHOU
Généraliste - Nutritionniste
Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé
(Visite Médicale pour Permis de Conduire)
Résidence Arreda - GH6 Imm. 35 N°4
Casablanca - Tél : 05 22 93 15 79

Date de consultation : 01 / 02 / 2022

Nom et prénom du malade : BENOUGHOU MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Neurologie - Vascular

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 : CASAB. Le : 01 / 02 / 2022

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
01/08/2022	CMS		450,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/08/22	416,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

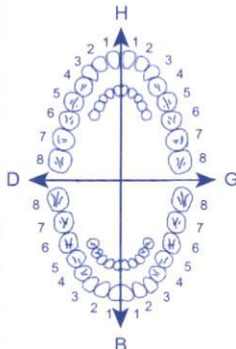
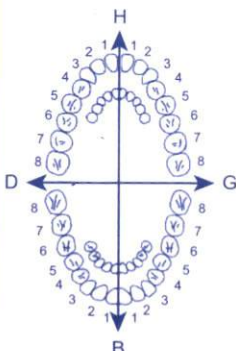
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المختورة إيمان بنو حوط

خريجة كلية الطب
الدار البيضاء
الطب العام

اختصاصية في الحماية والتغذية

طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة

الفحص الطبي لورخصة السياقة

é par le Ministère de la santé

Visite Médicale pour permis de conduire



PHARMACIE DU PALMIER
Nadia KADIRI LAZRAK
Docteur en Pharmacie Paris V
39 Rue Ibnou Toufail Quartier Palmier
Casablanca Tél 022 23 62114

Casablanca, le :

01/08/2022

219
Κα ΒΕΝΟΥΜΟΥ Δ ΠΟΝΑΤΕΡ

1) Azix Cp 500

1 cp 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

du 2er am 6.11.73

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

2) Zivox 400

4165_{x2} CP 1 2 Pd 7

P
 LUT = 49, 2060
 XP = 11 / 2030
 2030
 2030

3) D Cure Fole (2. P. 200)
Zap 1 remove

Docteur IMANE BENOUHOU
Généraliste - N° d'inscription
Associé Agencé Par le Ministère de la Santé
Vice-Médecin pour l'Assistance
Assistance Agencé
N° 05 22 93 15 79

إقامات الرضا، GH 6، رقم 4، العمارة 35، (قرب الحاج فاتح) الزلفة - الدار البيضاء.

الهاتف : 05 22 93 15 79

Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35 (prés de Haj Fateh) Hay El Oulfa Casablanca.

INPE: 0091164749 / ICE: 001892910000051

4) Zinzin

4030 1 cp x 2 fl 7 5 PD 4030

5) Imodium 2 fl

3030 1 cp x 3 fl 7

6) Vit C 1000

1530 1 cp x 2 fl 7
x2 3030

LOT: 210115
PER: 11/2026

MODIUM 2MG GELULE
20 G61

P.P.V. : 30DH60



Docteur IMANE BENJOUH
Généraliste - Nutritionniste
Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé
(Visite Médicale pour Permis de Conduire)
Résidence Arreda. GH6 Imm. 35 N°4
Casablanca - Tél : 05 22 93 16 79

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 32

PHARMACIE DU PALMIER
Nadia KADIRI LAZRAK
Docteur en Pharmacie Paris V
39 Rue Ibnou Toufail Quartier Palmier
Casablanca Tél 022 23 62 19

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 08/2024

LOT 15038 92

20 comprimés effervescents

Vita C1000®

PPV 15DH30

EXP 04/2025

LOT 1D057 39

416,10



comprimé pelliculé
voie orale

ZIVLOX®

Moxifloxacin 400mg



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.

Cette notice contient les informations suivantes :

1. Qu'est-ce que zivlox 400 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?
6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que zivlox 400 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Zivlox est un antibiotique de la famille des fluoroquinolones utilisé pour traiter, chez l'adulte à partir de 18 ans, certains types d'infections causées par certains microbes, appelés bactéries.

Zivlox 400mg, comprimé pelliculé, est indiqué dans le traitement des infections bactériennes suivantes causées par des bactéries sensibles à la Moxifloxacin :

- Exacerbations aiguës de bronchite chronique.
- Pneumonies communautaires.
- Sinusites aiguës bactériennes.
- Infections gynécologiques hautes d'intensité légère à modérée (y compris salpingites et endométrites), non associées à un abcès tubo-ovarien ou pelvien.
- Infections compliquées de la peau et des tissus mous.

La Moxifloxacin doit être utilisée lorsque les antibiotiques recommandés dans le traitement initial des infections, sont jugés inappropriés ou lorsque ces antibiotiques n'ont pas été efficaces dans le traitement de l'infection.

concernée par la douleur et le gonflement arrière de votre cheville. Cela peut égaler tendons.

• Parlez avec votre médecin du risque de rupture de tendon lors du traitement avec Zivlox. Il se peut que les symptômes diffèrent, n'appartenant pas au traitement de votre infection.

• La rupture de tendon peut survenir pendant le traitement avec Zivlox. Des ruptures de tendon se produisent plusieurs mois après que les patients aient commencé à prendre Zivlox.

• Demandez immédiatement une assistance médicale si vous présentez l'un des signes ou symptômes suivants :

- vous entendez ou sentez un claquement ou un craquement dans le tendon.

- apparition d'un hématome immédiatement après le traitement.

- vous ne pouvez pas bouger la région touchée ou porter du poids.

b. Aggravation de la myasthénie grave (maladie entraînant une faiblesse musculaire)

Les fluoroquinolones telles que Zivlox peuvent aggraver les symptômes de la myasthénie grave, dont la faiblesse musculaire et les problèmes respiratoires. Contactez immédiatement votre médecin si vous notez une aggravation de votre faiblesse musculaire ou de vos problèmes respiratoires.

Voir le paragraphe « Quels sont les effets indésirables éventuels de Zivlox ? » pour plus d'informations sur les effets indésirables.

Ne prenez pas Zivlox :

- Si vous avez déjà eu une réaction allergique grave à un antibiotique de la famille des fluoroquinolones ou si vous êtes allergique à l'un des composants de Zivlox.

En cas de doute, adressez-vous à votre médecin.

Informez votre médecin de tous vos problèmes de santé, en particulier si vous :

- avez des problèmes aux tendons
- avez une maladie qui entraîne une faiblesse musculaire (myasthénie grave)
- avez des problèmes qui touchent le système nerveux central (par exemple, épilepsie)
- avez des problèmes nerveux
- avez, ou si quelqu'un de votre famille a un rythme cardiaque irrégulier, notamment
- un problème appelé « allongement de l'intervalle QT »
- avez un faible taux de potassium dans le sang (hypokaliémie)
- avez un rythme cardiaque lent (bradycardie)
- avez déjà eu des convulsions
- avez des problèmes aux reins
- avez une polyarthrite rhumatoïde (PR) ou avez eu d'autres problèmes aux articulations

ملح 400

LOT: M0623
PER: 09/2023
PRD: 155,200H

كسيتول كسيتول



99DH7C
P1/25
L114

AZIX[®]
Azithromycine

RESENTATION :

cable, boîte de 3

APPEUTIQUES :

ons dues aux germes sensibles telles que :

ires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et

res basses (y compris bronchite et pneumonie):

- infections matologiques:

- 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).



b

bottu s.a

82. Allée des Casuarinas – Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable