

# 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 001153

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2292 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABULKABILA Abdallah  
 Date de naissance : 12/12/57  
 Adresse : 5, la colline I, Sidi Maarouf Casablanca  
 Tél. : 0661332550 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ABULKABILA Abdallah Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Goutte & Pathologie oculaire et ORL  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 12 SEP 2022  
 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
29/08/20	13		200,00	Dr. TAZI OTHMAN Ancien Médecin de l'Hôpital Médecine Générale Echographie - ECG Sidi Maârouf - Casa Tél: 05 22 22 13 13 - 06 19 31 13 13

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29/08/20 PHARMACIE FLORIDA Dr. ZIAN MOUSTA Sidi Maârouf - Casa Tél: 05 22 22 13 13 - 06 19 31 13 13		7M.30

# 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 l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Othman L.TAZI

Médecine Générale - Médecine du Travail

ECG - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور عثمان الحسين التازي

الطب العام - طب الشغل

التخطيط الطبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Casablanca, le 29/08/2022 في الدار البيضاء،

M<sup>r</sup> ABOULKABILA Abdallah

Augmentin 1g sachets

14.80 x 21 sachet x 21 j pdt 08 jours

Vitamine C 1000 mg cp eff (N<sup>o</sup> 2)

98.90 1 cp eff x 21 j

Gaviscon sachets

1 sachet x 31 j à dist

56.30 x 3 Dcure 25000 UI amp

1 amp/ semaine pdt 03 m

31.30 x 3 Zyloric 200 mg cp (N<sup>o</sup> 1)

26.40 x 2 1 cp/ j le soir pdt 03

Sterdex pommade ophtalm

7 app x 31 j pdt 07 j

99.40 Relaxium B6 300 mg gélules

1 gel/ j le soir pdt 01 m

صيدلية فلوريدا  
PHARMACIE FLORIDA  
Dr. ZIAD Mounia  
L'enselement Florida, Lot. 28-  
Sidi Maarouf - Casa  
Tél: 06 22 32 19 59

Dr TAZI OTHMAN LAHOUCHE  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris  
Médecine Générale  
Echographie - ECG  
Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida Imm. A - Apt N° 2 (RDC) Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 13 Gsm: 06 61 30 23 00

زنقة ابن كثير، إقامة البيضاء - عمارة A - الشقة رقم 2  
Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Apt N° 2 (RDC) - Casablanca

Email : drothmantazi@gmail.com - Tél.: 05 22 23 49 13 / الهاتف / Urgences : 06 61 30 23 00 - مستعجلات



**STERDEX pommade ophtalmique**

Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 107/14 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بالحدود 107/14 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmicien Responsable : Amina DAOUDI

21762

**STERDEX pommade ophtalmique**

Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 107/14 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بالحدود 107/14 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmicien Responsable : Amina DAOUDI

21762

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K23D  
EXP: 11/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21I27D  
EXP: 09/2023

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K23D  
EXP: 11/2023

PPV: 168,20 DH  
LOT: 647988  
PER: 08/23

**VITAMINE C 1g**

Boîte de 10 comprimés effervescent

PPV : 14,80 DH



6 118000 190929

**VITAMINE C 1g**

Boîte de 10 comprimés effervescent

PPV : 14,80 DH



6 118000 190929

# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 000 AZTA Région Nord  
PPV : 98 DH 90

**GAVISCON® ADVANCE GOÛT MENTHE**

**500 mg / 100 mg**

**de sodium/ bicarbonate de potassium  
Suspension buvable**

**Lisez attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 7 jours.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien, ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Dans cette Notice ?

1. Qu'est-ce que GAVISCON ADVANCE Goût Menthe, et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ?
3. Comment prendre GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## **1. QU'EST-CE QUE GAVISCON ADVANCE Goût Menthe ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique :** Autres médicaments de l'ulcère peptique et de la maladie du reflux gastro-œsophagien (RGO). **Code ATC :** A02BX

### **Indications thérapeutiques :**

Traitement des symptômes associés au reflux gastro-œsophagien tels que les régurgitations acides, les brûlures d'estomac et l'indigestion (se manifestant suite au reflux du contenu stomacal), notamment après une chirurgie gastrique, à la suite d'une hernie hiatale, pendant la grossesse ou en association avec