

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-763857

149893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12305 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL MARDI OTMAINE  
 Date de naissance : 16/06/83  
 Adresse : CASA  
 Tél. : 0661118619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 30/11/22  
 Nom et prénom du malade : EL mard Otman Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : longite.  
 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 : CASA Le : 30/11/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
3/11/2022		8	2500H	INP : 09143108

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/22	253,30

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	

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	INP : <input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**Dr. Salma BENKIRANE**

**Pédiatre - Allergologue**  
**Homéopathe**  
Ancienne interne  
du CHU Ibn Rochd

**دكتورة سلمى بنكيران**

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع  
و الحساسية و مرض الربو  
المعالجة الأميوباتية  
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 30/11/2022 : الدار البيضاء في :

El Mandi Neuenm

1 Oscillocinum  
71.50 1/2 dose 2/7 pot 37.

2 Filopodium nigrum  
79.50 1/2 dose 3/7 pot 77.

3/ Dulcamara 9CH : 38x4/7  
18.50

18.50 Phosphorus 3CH : 38x4/7

18.50 Kalium bichromicum 5CH : 38x4/7

18.50 Hydrastis 3CH : 38x4/7

11/10/22

STE PHARMACIE GOLF CITY  
100 Avenue Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 05 22 78 01 57 - 06 80 12 22 20

u/ si fiere

Apine til sirop



28.40 ddp(26) u/ 17 pdt 2 jous

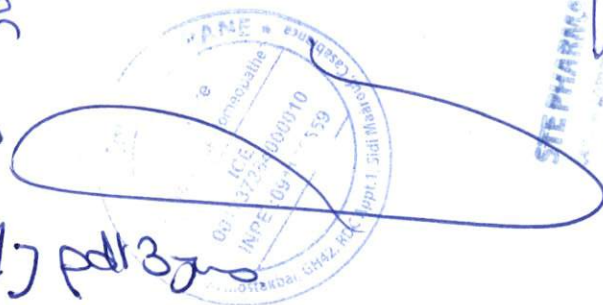
253.75 > 800-

s/ si 4-772R

Arja sirop

ddp(26) 17 pdt 3 jous

STEPHANE GOLF CITY  
Rue N° 9 - 20000 Saida - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09



4





# TOPOLIS®

Contenu net: 150 ml

Lot: 220125  
A consommer  
de préférence avant le: 01/2025  
PPC: 79,50 DH

## CTIONS :

ion buvable - flacons 150 ml et 250 ml.

ion buvable - flacons 150 ml et 250 ml.

Eau, Fructose, Miel d'eucalyptus, Agent de charge (glycérine),  
Extrait de feuilles de thym (*Thymus vulgaris*), Acide ascorbique  
(60 mg), Colorant (caramel), Acidifiant (acide citrique), Extrait sec de racine  
d'échinacée, Conservateurs (sorbate de potassium, benzoate de sodium) et arômes.  
**FITOPOLIS® Enfants** : Eau, fructose, miel d'eucalyptus, agent de charge (glycérine),  
extrait de fleurs et feuilles de mauve (*Malva sylvestris*), extrait de propolis, acide  
ascorbique (Vitamine C : 90 mg/30 ml), arôme, extrait de racine d'échinacée  
(*Echinacea purpurea*), colorant (caramel), acidifiant (acide citrique), conservateurs  
(sorbate de potassium, benzoate de sodium).

## PROPRIETES ET UTILISATION :

**FITOPOLIS®** solution buvable est à base d'actifs naturels dont la propolis et

llement

**BOTTU SA**  
**PPV : 71 DH 50**

**États** **coccinum**

**DOSE**

### **POSITION**

Anas barbariæ dynamisé à la 200<sup>e</sup> K.

Excipients (saccharose, lactose) q.s.p. 1 dose globules de 1 g.

### **INDICATIONS ET PROPRIÉTÉS**

États grippaux.

Oscillococcinum est un médicament homéopathique.

### **PRÉSENTATIONS**

Dose-globules de 1 g environ.

Boîte de 1 dose, boîte de 6 doses ou boîte de 30 doses.

### **MODE D'EMPLOI**

Laisser fondre sous la langue le contenu entier du tube-dose.

Pour les nourrissons : laisser fondre dans un peu d'eau

## SOLUTION ORALE

amol

Il contient des informations importantes pour votre traitement. Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique de la douleur légère à modérée, et pour éliminer la fièvre chez l'enfant et le nourrisson.

les enfants et 5 jours chez les adultes (2 jours pour les maux de gorge),

insirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à

mg/ml ?

28.40

Informations supplémentaires

### 1. QU'EST-CE QUE APIRETIL® 100 mg/ml ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

#### Groupe pharmacothérapeutique

APIRETIL® 100 mg/ml solution orale appartient au groupe des médicaments appelés analgésiques et antipyrétiques.

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique de la douleur légère à modérée, et pour éliminer la fièvre chez l'enfant et le nourrisson.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE APIRETIL® 100 mg/ml ?

#### Ne pas prendre APIRETIL® 100 mg/ml solution orale :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au paracétamol ou à l'un des autres composants d'APIRETIL® 100 mg/ml solution orale.
- Si vous avez une maladie du foie.

#### Précautions spéciales avec APIRETIL® 100 mg/ml solution orale :

- Ne pas prendre plus que la dose recommandée dans la section 3 "Comment prendre APIRETIL® 100 mg/ml Solution orale".
- La consommation de boissons alcoolisées simultanément avec le paracétamol peut endommager le foie.
- Il convient de faire contrôler régulièrement les fonctions hépatiques et rénales lors d'un traitement prolongé ou à fortes doses de paracétamol.
- Si l'enfant souffre d'une maladie des reins, du cœur, des poumons ou d'anémie, vous devez consulter le médecin traitant avant de lui administrer ce médicament.
- Si des symptômes persistent plus de 3 jours, ou s'aggravent ou si d'autres symptômes non mentionnés dans cette notice apparaissent, interrompre le traitement et consultez le médecin traitant.
- Si l'enfant prend déjà d'autres médicaments, veuillez lire également la rubrique "Utilisation d'autres médicaments".

#### Utilisation des autres médicaments :

Si l'enfant prend ou a pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en au médecin traitant. En effet, l'association d'APIRETIL® 100 mg/ml avec un autre médicament peut diminuer l'efficacité de l'un des médicaments ou exposer l'enfant à un effet indésirable. En particulier, si vous utilisez des médicaments qui contiennent dans leur composition certains des principes actifs suivants, puisqu'il peut être nécessaire de modifier la dose ou d'interrompre le traitement de l'un d'eux :

- Antibiotiques (chloramphénicol)
- Anticoagulants oraux (acénocoumarol, warfarine)
- Contraceptifs oraux et traitements avec oestrogènes
- Antisépileptiques (lamotrigine, phénobarbital et autres hydantoïnes, phénobarbital, méthylephénobarbital, primidone, carbamazépine)
- Antituberculeux (isoniazide, rifampicine)
- Barbituriques (utilisés comme inducteurs du sommeil, sédatifs et anticonvulsifs)
- Charbon actif, utilisé pour la diarrhée ou pour le traitement des gaz
- Cholestyramine (utilisé pour diminuer les taux de cholestérol sanguin)
- Médicaments utilisés pour le traitement de la goutte (probenécide et sulfinpyrazone)
- Médicaments utilisés pour les spasmes ou les contractions de l'estomac, de l'intestin et de la vessie (anticholinergiques)
- Métoclopramide et dompéridone (utilisés pour éviter les nausées et les vomissements)
- Propanolol utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et les modifications du rythme cardiaque (arythmie cardiaque)
- Zidovudine (utilisé dans le traitement des patients ayant contracté le virus de l'immunodéficience humaine causant le SIDA)

Ce médicament contient du paracétamol : il est nécessaire d'en tenir compte en cas de prise d'autres médicaments à base de paracétamol, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

#### Interaction de APIRETIL® 100 mg/ml avec les aliments et les boissons :

APIRETIL® 100 mg/ml peut être pris avec ou sans nourriture. Cependant, il est recommandé de ne pas le prendre avec de l'alcool. Habituellement, le paracétamol est bien toléré.