

## 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° W21-789876

159290

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LOUDGHI RI ABDELLAH  
Date de naissance : 21-03-1948  
Adresse : LOTISSEMENT CHANTIMAR, IMPASSE RUE 1, N° 24  
CASABLANCA  
Tél. : 0661310004 Total des frais engagés : 796,70 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2023  
Nom et prénom du malade : Loudghi Ri Abdellah Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Longue Durée  
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 : 10/01/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

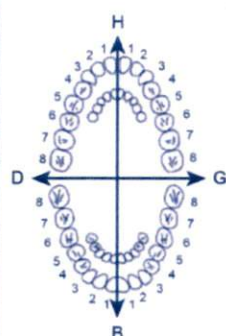
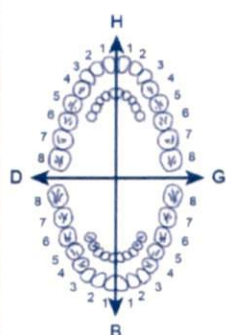


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/23	(cs)		300,00	INP : 0911441125

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Sportif Mme KADIRI HASSANI Fatima 63, Rue Mamoun Mohamed Tél : 05 23 23 05 07 INP : 092019835	10/01/23	496,70 DH

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"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 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	



Casablanca, le : .....

10/01/2023

MR LOUDGHIRI ABDELLAH

79,70

- Zithromax 500 mg - comprimé  
1 Comprimé par jour pendant 3 jours

(12500 x 2)

- Flixotide aérosol 125 µg hfa 134a - suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
2 bouffées le matin et le soir pendant 1 mois se rincer la  
bouche après

88,00

- Curtec 10 mg - comprimé  
1 Comprimé, le soir pendant 1 mois

- Apixol - solution buvable  
1 cuillère à soupe matin et soir, pendant 05 jours

79,00

496,70

Pharmacie du Complexe spo.  
Dr. Kadiri hassani fatima  
63, Rue Mamoun Mohame  
Casablanca Tél: 05 22 98 12 19

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
ID: 651090  
6 118001 140329

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
ID: 651090  
6 118001 140329

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور, إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث, مكتب رقم 27 المعاريف, الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com



# Apixol®



Solution buvable

## FORMES ET PRESENTATIONS :

**Apixol® Adultes** - Solution buvable-flacon 200ml.

**Apixol® Enfants** - Solution buvable-flacon 200ml.

## PROPRIETES :

**Apixol®**, à base d'extraits de propolis, d'échinacée aide à dégager et apaiser les voies respiratoires et à adoucir le confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant 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.

- De 4 à 12 ans : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Déconseillé chez la femme enceinte.
- Le produit peut présenter des sédiments dus à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.
- Respecter la dose recommandée.
- Bien agiter avant l'emploi.
- Après ouverture, conserver au frais et consommer dans un délai d'un mois.
- Tenir hors de la portée des enfants.

**Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament**

Fabriqué par Pharmalife Research - Garbagnate Monastero (LC). - Italie.

Importé et distribué au Maroc par Medipro pharma.

Autorisation du Ministère de la Santé n° :

APIXOL® Adulte / DA 20191312479DMP/20UCA/MAv2

APIXOL® Enfant / 20211312617MAv2/CA/DMP/18



8 032578 477337

Lot: 220618  
À consommer avant le: 08/2025  
PPC: 79,00 DH

azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVALE - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, appliqué.
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections

## CONTRE-INDICATIONS :

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

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle est déconseillée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

- insuffisance hépatique,
- antécédents allergiques,
- manifestations cutanées à l'origine allergique,

- prise concomitante d'autres médicaments,
- grossesse,
- allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, œdème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

- Adultes et enfants de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.
- Enfant de moins de 45 kg : 10 mg par kg et par jour pendant 3 jours.

## MODE D'EMPLOI :

• ZITHROMAX comprimé, sachet ou suspension peuvent être pris pendant ou en dehors des repas.

• ZITHROMAX suspension

- Agiter le flacon contenant la poudre avant d'ajouter l'eau. Ajouter 9 ml d'eau froide et non gazeuse au contenu du flacon en utilisant le tube gradué inclus dans la boîte. Bien agiter jusqu'à ce que la poudre soit bien diluée.
- Après reconstitution, la suspension peut être conservée à température ambiante pendant 5 jours.
- Une seringue et une cuillère doseuse sont incluses dans la boîte pour mesurer la quantité de produit à donner à l'enfant selon son poids.

Poids de l'enfant	1 fois par jour pendant 3 jours	quantité du produit
jusqu'à 15 kg	10 mg/kg en utilisant la seringue graduée pour mesurer	selon le poids de l'enfant
de 16 à 25 kg	5 ml en utilisant la cuillère graduée pour mesurer	200 mg
de 26 à 35 kg	7,5 ml en utilisant la cuillère graduée pour mesurer	300 mg
de 36 à 45 kg	10 ml en utilisant la cuillère graduée pour mesurer	400 mg

• ZITHROMAX sachet

- Dissoudre le contenu du sachet dans un peu d'eau froide.

Poids de l'enfant	Age de l'enfant	1 fois par jour pendant 3 jours
jusqu'à 15 kg	< 3 ans	1 sachet de 100 mg
de 16 à 25 kg	de 3 à 7 ans	1 sachet de 200 mg
de 26 à 35 kg	de 8 à 11 ans	1 sachet de 300 mg
de 36 à 45 kg	de 12 à 14 ans	1 sachet de 400 mg

## TABLEAU A

\* Marque de Pfizer Inc, New-York - U.S.A. (sous licence Pliva)

LABORATOIRES PFIZER S.A. EL JADIDA - MAROC

500 mg / أقراص 3

ZITHROMAX<sup>®</sup> 500 mg  
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 07 2024

P.P.V.

LOT N° : G J 8 5 9 1

79 70



# Curtec®

Cétirizine

## 10 mg

### COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate .....  
Excipients .....q.s.p. 1

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un antihistaminique. Il agit contre les substances telles que l'histamine libérées.

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins),
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.

Curtec® 10 mg

Cétirizine

30 comprimés sécables



6 118000 041870

PPV: 88DH00

PER: 06/25

LOT: L2120

