

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 93264 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZAOUITA MANSOURA MAKHLOUKI

Date de naissance : 1925 MOHAMMED

Adresse : HAY BOUMAGUEB, Rue 10, N° 41 S 1 M

Tél. : 0641.61.0834 Total des frais engagés : 734 Dhs # Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDRHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani, Rue 29 N°3  
Casablanca Tel : 0522 62 02 35

Date de consultation : 31/07/2013 Nom et prénom du malade : ZAOUITA MANSOURA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

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 : Le 31/07/2013

Signature de l'adhérent[e] :





#### **RELEVE 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
21/02/2023		0	15000	Dr. OUDRIHIBI Expert Assermenté Dr Inani. Rue 29 N° 100 Bataclan Tel : 0522 62 02

IN RE B 03MM 6772

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DOUMA</b> 22, Bd. Amnanda Hay Douma Sidi Mounen - Casablanca 25 22 70 26 46	<input checked="" type="checkbox"/> 28/07/23	664,10

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

**PHARMACIE DOUMA**  
22, Bd. Amnchda Hay Douma  
sidi Mounen - Casablanca  
Tél.: 05 22 70 26 46

## **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	
Dr. OUDRHIR NAINA Expert Aéronautique Déro Infirmier rue 29 N°3 Casablanca Tel : 0522 62 02 35	31/07/2023			2 IM.		200 DT

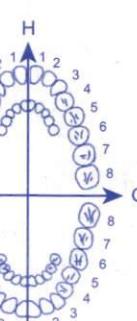
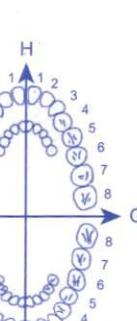
Cachet et signature  
du Praticien

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assesmenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وغيري

الطب العام

طبية محلفة

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca le

31-07-2013

الدار البيضاء

203002, 4<sup>me</sup> ZOUTIA MANSOURA  
1<sup>er</sup> Cetage 160/12, r



PHARMACIE DOUMA  
22, Bd. Annahda Hay Douma  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 70 25 46 N



18802

21 Place de la

Le 22

24,3002

31 Souk Mechouar

Le 22



21,50

ul H'glal

Le 22



664,10

Le 22

Dr. OUDRHIRI NAIMA  
Expert Assesmenté  
Casablanca Tel: 0522 62 02 35  
Rue 29 N°3

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

پاسکلیدن:

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

# MIGRALGINE®

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.

## • COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL.....	400,0 mg
CAFEINE.....	62,5 mg
PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE.....	20,0 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule\*  
\*Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine (E 104), dioxyde de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose

## • FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

## • CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

## • DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitemment chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou qui ne sont pas soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

## • ATTENTION :

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Allergie à l'un des composants.
- Maladie grave du foie.
- Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine .

Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'enoxacine (antibiotique).

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

## • MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

## • PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.
- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en - convient d'éviter les nrsées en fin de journée.

DER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

## TRES INTERACTIONS

NS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,  
a, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT  
RE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE

PPV: 21DH50  
PER: 05/25  
LOT: M1708

LSR

25

MODE ET VOIE  
D'ADMINISTRATION:  
Voles injectables  
intraveineuse,  
intramusculaire.

MISES EN GARDE  
SPECIALES: Se reporter  
à la notice.  
Ne pas laisser à la  
portée des enfants.  
LIRE ATTENTIVEMENT  
LA NOTICE AVANT  
UTILISATION

يُنصح هذا الدواء بعُيُونٍ عن موئلي  
ومن تأثير الأطفال  
يرجى قراءة الشرة بعناية قبل استخدام  
هذا الدواء



P.P.V - 24,30

00556008100

Lot

Exp

S4T49A7441  
09 2024

سولوميدرول  
40 مل / 2 مل  
هيمايسوكينات ميثيل البريدنيزولون  
مسحوق مجفف بالتجفيف ومحلول للحقن

## Solu-Médrol® Poudre et solvant pour solution injectable

# 40 mg/2 ml

méthylprednisolone  
hémisuccinate

1 flacon de poudre +  
1 ampoule de  
solvant (2 ml)



Solu-Médrol®  
40 mg / 2 ml  
Médicament autorisé  
n° 230/DMP/21/NTT

Respecter les doses  
prescrites  
احترم дозات التوصيات

Uniquement sur  
ordonnance  
Liste I

فقط وفقاً لوصفة طبية لائحة 1

**COMPOSITION**

- pour un flacon de poudre:  
méthylprednisolone  
(sous forme  
d'hémisuccinate):  
40 mg.
- Excipient: phosphate  
monosodique  
anhydre, phosphate  
disodique anhydre,  
lactose.
- pour une ampoule de solvant: eau p.p.i.

TSE- XXXX  
SC227  
ZWART  
GR5475  
BR730  
RO032

methylprednisolone hemisuccinate  
emettable  
Poudre et solvant pour solution  
Solu-Médrol® 40 mg/2 ml

المادة الفعالة هي:

هيمايسوكينات ميثيل البريدنيزولون 50.70 مل مع  
عصبة عانقة من بيشيل بريديزولون فيottle الأساسي 40.00 مل

اللقاربون الواحدة  
المكونات الأخرى هي: أحادي فوسفات الصوديوم الأحادي، ثاني  
فوسفات الصوديوم الأحادي، البوتاسيوم، ثالثي  
ماء، مقصورة ترتكبات الماء

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc  
Laboratoires Pfizer S.A.  
km 0.500 , Route de Oualidia  
BP 35, 24 000  
El Jadida, Maroc  
Fabricant responsable de la libération des lots /  
للمصنع المسؤول عن طرح الدفعات

VALDEPHARM  
Parc industriel d'incaville  
27100 VAL-DE-REUIL  
france  
Pfizer Manufacturing belgium nv  
Rijksweg 12  
2870 Puurs  
belgique

الحاصل على تبرع بطبع  
للمنتج في السوق في المغرب

معامل فايزر ش.م  
طريق الوليبي، الكيلو 0.500  
ص.ب. 35 - 24000

الجديدة، المغرب

مسار الاستعمال وطريقة التناول:  
عن طريق الحقن الوريدي (حقن الماشير  
البطيء)، أو التقطير العضلي