

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.



Déclaration de Maladie

M23-0022108

177699

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1726 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOURATIB - Abderrahim
 Date de naissance : 28/01/55
 Adresse : Rue 115, N° 18 AIN CHOU
 Tél. : 068346824 Total des frais engagés : 200 + 361,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AMZIANE HOURIYA
 Médecine Générale
 803, Hay Oudaya Guich
 Rabat - Tél : 05 37 56 09 95
 Date de consultation : 13/09/2019
 Nom et prénom du malade : M. H. Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + Diabète 2e + Bvcl
 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 : 21/09/2019 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
13/09/2023	e	200m		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/09/2023

364.40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

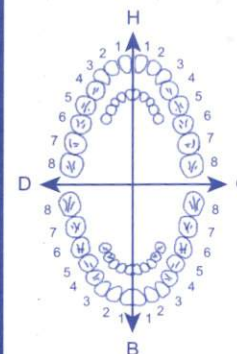
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

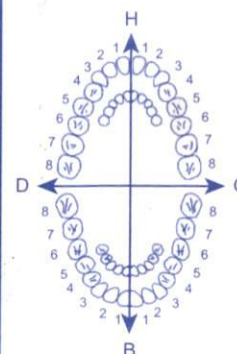
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

DR. AMZIANE HOURIYA ép. HADDANE

دكتورة أمزيان حورية زوجة حدان

Médecine Générale

Diplômé en Echographie Générale

Diplômé en Colposcopie

Diplômé en Fertilité - Stérilité

Diplômé en Gyneco - Médicale

Diplômé en Diabétologie

Diplômé en Homéopathie

Diplômé en gériatrie

Assermentée Auprès des Tribunaux



الطب العام

دبلوم في الكشف بالصدى

دبلوم في الكشف المجهرى لعنق الرحم

دبلوم في الخصوبة - العقم

دبلوم في الطب النسائي

دبلوم في مرض السكري

دبلوم الطب التماثلي

دبلوم في طب الشيخوخة

محلفة لدى المحاكم

Rabat, le

13/9/2023

الرباط في

M Hanch Halima
7970

① Azine f 109.

60.00 1st

② Oraprev 20

4580

2 1 li

③ Aialix f

1400

④ Doliprane f 1p.

16490

⑤ Zephine 120mg / 20mg

T= 36440

1 4/1 li

7 27



INP: 101009447



PHARMACIE EL YACOUI
Avenue Baghdad N°43 Quartier
El Yacout - Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 50 76 39

PPV: 164,90 DH
LOT: 23B01
EXP: 02/2026

803, Hay Oudaya Guich - Rabat - Tél. C : 05 37 56 09 95

803، حي الوداية الكيش - الرباط - الهاتف ع : 05 37 56 09 95

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg; sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :

allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. Ne les associez pas à d'autres médicaments contenant du paracétamol. Ne dépassez pas la dose quotidienne recommandée (cf. notice).

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'usage, est compatible avec la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



AIRLIX® 10mg

Cétirizine



COMPOSITION :

Cétirizine 10 mg par comprimé

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale anhydre ; Talc ; Cellulose microcristalline ; Stéarate de magnésium ; Opadry blanc.

FORME ET PRESENTATION :

AIRLIX® comprimés pelliculés, Boîte de 15 et boîte de 30 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antihistaminique H1 non anticholinergique et sans effet sédatif.

PROPRIETES :

La cétirizine exerce un effet antagoniste puissant, durable et sélectif au niveau des récepteurs H1.

Elle agit aussi bien sur les réactions allergiques immédiates que celles retardées.

Selon différentes études, aucun effet notable de la Cétirizine sur le S.N.C. et la vigilance n'a été signalé.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Adulte et enfant de plus de 12 ans : Traitement symptomatique

- des rhinites allergiques saisonnières et pérennuelles,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites allergiques.

Enfant dès l'âge de 6 ans : Traitement symptomatique

- des rhinites allergiques saisonnières et pérennuelles,
- de l'urticaire.

CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à la cétirizine ou à l'un des composants.
- Insuffisance rénale.
- Enfant de moins de 6 ans.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse :

Chez l'animal : aucun effet tératogène n'a été mis en évidence

Chez la femme : l'utilisation de ce produit doit être évitée durant les 3 premiers mois de la grossesse mais doit être préférée en fin de grossesse par rapport aux antihistaminiques avec effet anticholinergique si la prescription d'un antihistaminique s'avère nécessaire.

Allaitement :

Du fait d'un faible passage de la cétirizine dans le lait, son utilisation pendant l'allaitement est recommandée.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale (le comprimé doit être avalé tel quel)

Réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans

- Adulte et enfant de plus de 12 ans : 1 comprimé par jour
- Enfant dès l'âge de 6 ans : 1 comprimé par jour
- 2 fois par jour



1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

ORAPRED® 20 mg, Boîte de 30 comprimés effervescents.

ORAPRED® 5 mg, Boîte de 30 comprimés effervescents.
prédnisolone

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 autres questions, 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

prédnisolone (DCI) 5 ou 20 mg
(sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients : Lactose monohydraté, Bicarbonate de sodium, Citrate monosodique anhydre, Acide tartrique, Saccharine sodique, Arôme orange-pamplemousse, Benzoate de sodium.

Liste des excipients à effet notoire :

Lactose monohydraté et sodium.

3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H: Hormones systémiques non sexuelles).

4. INDICATIONS

Ce médicament est un corticoïde. Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

5. POSOLOGIE :

ORAPRED® 20 mg :

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

ORAPRED® 20 mg est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

ORAPRED® 5 mg et 20 mg :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne traitement mais suivre les recommandations pour la diminution des doses.

6. CONTRE-INDICATION

N'utilisez jamais ORAPRED®,

dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants
- si vous êtes allergique à la prédnisolone ou à l'un de ses composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST RECOMMANDÉ DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU PHARMACIEN.

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ORAPRED® peut être susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sensible. Ce médicament, indispensable, est parfois utilisé lorsque l'on suit les recommandations (voir rubrique « Faites attention aux effets indésirables »).

Il peut néanmoins entraîner, selon le traitement, des effets plus ou moins graves.

Les plus fréquemment rencontrés

- Modification de certains paramètres (taux de potassium) pouvant nécessiter un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus
- élévation de la tension artérielle, pouvant entraîner une insuffisance cardiaque
- Troubles de l'humeur : excitation, euphorie
- Syndrome de Cushing (prise de poids, visage rond, hypertension, diabète, troubles de la vision, etc.)

60,00

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- 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

TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

TPV 79DH70
PER 01/26
LOT M184

Ajdir 12/20 1010005