

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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



Déclaration de Maladie

N° W21-795723

193480

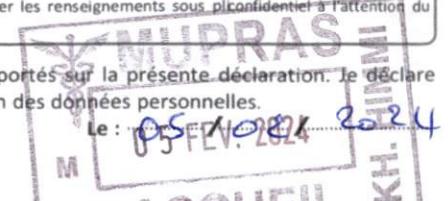
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7482	Société : EX RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KASSEDE KHALID			
Date de naissance : 14-08-1966			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. : 0663068886		Total des frais engagés : 470,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Docteur El Arabi Redouane
	Médecin Agréé par
	Le Ministère de La Santé
	Aut. N°: 1589
	Tél: 05.22.93.03.09
	Date de consultation : 01/02/2024
	Nom et prénom du malade : Nezirah
	Age: 59
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
	El Am
	Nature de la maladie : 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 : **EL A**

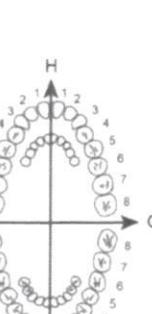
Signature de l'adhérent(e) : **El Am**



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
01.07.2024	C		50000	INP 05/04/2024 Docteur El Arabi Redouane Médecin Agréé par Ministère de La Santé N°. 1589 02 93.03.09
				INP 05/04/2024 Docteur El Arabi Redouane Médecin Agréé par Ministère de La Santé N°. 1589 02 93.03.09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
185,89 2030261	01/02/24	320,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Dr. Redouane El ARABI
Médecine Générale
Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé



الدكتور رضوان العربي
الطب العام
طبيب خبير مُحلف لدى المحاكم

Echographie
Electrocardiogramme
Petite Chirurgie - Circoncision

الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le : 01.02.2024 الدار البيضاء، في:

جـ ٢٠٢٤ نـ ٢٠٢٤ سـ ٢٠٢٤



Docteur El Arabi Redouane
Médecin Agréé par
Le Ministère de La Santé
Aut. N°: 1589
Tél: 05 22 93 03 09

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 الطابق السفلي - الشقة رقم 2 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

141, Lot Haj Fateh Bd. Oued Daoura-RDC N°2 EL Oulfa-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09

EXODERIL®

Composition

EXODERIL crème : 1 g contient :

Chlorhydrate de naftifine

10 mg

Alcool benzyllique comme produit de conservation

10 mg

EXODERIL SOLUTION : 1 ml contient :

Chlorhydrate de naftifine

10 mg

Propylène – Glycol

50 mg

Propriétés et activité

EXODERIL crème et solution sont indiquées dans les infections mycotiques et renferment pour principe actif la naftifine.

La naftifine agit sur les dermatophytes (du genre *Trichophyton*, *Microsporon* et *Epidermophyton*, les levures (du type *candida*, *Pityriasis versicolor*), les moisissures (variété *aspergillus*) et sur d'autres champignons (par ex. *Sporothrix schenckii*).

قارورة من 10 مل

La naftifine exerce une action primaire et en fonction de la souche.

A côté de son action antimycotique, différents germes à Gram positif et à

EXODERIL montre aussi, dans le cas à la substance qui conduit rapidement

En raison de sa bonne pénétration et à des concentrations antimycotiques

le traitement local sous forme d'une application par jour.

ophytes et les variétés d'*aspergillus* fongistatique sur les levures. si une activité antibactérienne sur souvent les mycoses.

activité anti-inflammatoire inhérente les inflammatoires, surtout du prurit.

les différentes couches cutanées

crème et solution sont indiquées dans

LOT : 0017
EXP : AUT 2026
PPV : 32,90 DH

Indications

- Mycoses de la peau ou des plis cutanés (*Tinea manum*, *Tinea pedis*)
- Mycoses des ongles (onychomycoses)
- Candidoses cutanées
- *Pityriasis versicolor*
- Dermatomycoses (avec ou sans prurit).
- Variétés d'*aspergillus*
- *Sporothrix schenckii*
- **EXODERIL solution** et particulièrement indiquée dans le traitement des mycoses des régions cutanées pilaires hyperkératosiques

Mode d'emploi

EXODERIL crème et solution s'appliquent exclusivement sur la peau ou les ongles.

Posologie

Appliquer **EXODERIL crème et solution** une fois par jour sur la région cutanée infectée, nettoyée et minutieusement séchées, ainsi que sur la région périlésionnelle ! Pour prévenir les rechutes, poursuivre le traitement par **EXODERIL** pendant au moins deux mois deux semaines au-delà de la guérison clinique.

Contre-indications

Hypersensibilité à la naftifine ou à l'alcool benzyllique ou au propylène-glycol (agent de conservation). Ne pas appliquer la solution sur des plaies ouvertes et des rhagades.

Grossesse et période d'allaitement

Aucun effet néfaste n'a été prévu sur l'embryon ou sur le nourrisson à la suite d'un emploi correct.

Les études toxicologiques n'ont pas été réalisées sur l'embryon et le nourrisson.

OTC

Rifamycin

Solution auriculaire

Composition :

Rifamycine (DCI)
(correspondant à 2,6 g de rifamycine sodique)
Excipients (dont Métabisulfite de potassium) q.s.p.

Propriétés :

Antibactérien actif aux concentrations locales réalisées sur la plus habituellement rencontrés dans les infections de l'oreille moyenne. L'activité de la rifamycine s'exerce au niveau de l'ARN polymérase complexe stable provoquant l'inhibition de la croissance des bactéries.

Indications thérapeutiques :

Poussées aiguës d'otite moyenne

98,50 €

Contre-indications :

Hypersensibilité à la rifamycine

Effet indésirable :

Provoque une certa

Précautions d'emploi :

La possibilité de sélection de souches résistantes à la Rifamycine ne peut être exclue.

Mode d'emploi :

- Faire tiédir le flacon pour éviter le contact désagréable de la solution.
- Durée du traitement : 7 à 10 jours. Au delà, la conduite à tenir devra être déterminée par le médecin.
- Eviter tout contact avec les vêtements, la solution pouvant tacher les tissus.

Posologie :

Adultes :

5 gouttes 3 fois par jour en instillation dans le conduit auditif ou, de préférence, dans l'oreille moyenne, pendant 10 minutes avec la solution pure tiédie, 2 fois par jour.

Enfants :

3 gouttes 3 fois par jour en instillation dans le conduit auditif ou, de préférence, dans l'oreille moyenne, pendant 10 minutes avec la solution pure tiédie, 2 fois par jour.

Laisser ensuite la tête penchée pendant quelques minutes.

Forme et présentation :

Solution auriculaire - flacon compte-gouttes de 10 ml

Liste I (Tableau A)

Suivre les indications du médecin traitant - Ne pas avaler -

CECI EST UN MEDICAMENT

Un médicament est un produit, mais non comme les autres.

Un médicament est un produit qui agit sur votre santé et la consommation.



Sirop
Voie orale

DociVox

Sirop naturel sans conservateur

Deva
therapie

FORMES ET PRESENTATIONS

DociVox sirop - Flacon 200 ml - Flacon 125 ml

PROPRIETES :

DociVox sirop naturel est à base d'extraits de plantes (le Thym, la Mauve et le Mélèze), d'huile essentielle d'eucalyptus, du miel et de la propolis.

DociVox sirop naturel apaise les voies naturelles de l'organisme.

DociVox sirop naturel ne contient pas

cas de toux et renforce les défenses

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées - Gorge

LOT : 230754
DLUO : 09/2026
69.00DH

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Adulte : une cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dans tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

DociVox sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou de goût qui sont attribuables aux caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne sont pas altérées.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée des enfants.

COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait de Propolis; Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (Thymus vulgaris); Feuille de Mauve (Malva sylvestris); Extrait de Mélèze; Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation ministère de la santé n° 20221712366/RQva/CA/DPS/DMP/18

Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée	20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base)	14,8 mg
Excipients q.s.p.	un comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CENSEE PARISIENSIS THEATRUM ET ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAL

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT
Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité moyenne à forte le paracétamol utilisé seul

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉTHODE ?

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

CE MÉDICAMENT NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE

NE DOUTEZ PAS DE VOTRE MEDECIN QU'IL A CHOISI LE MEDECIN QUI REC DES MEDICAMENTS CONTENANT DE LA BUPRÉNORPHINE, OU LA NALBUPHINE OU DE LA PENTAZOCINE EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).