

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-444265

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **10327**

Société : **Royal Air Maroc**

Matricule : **10327**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **AZZAB Mohamed**

Date de naissance : **06/11/1974**

Adresse : **3 rue La Fayette Paris 13ème Arr. France**  
**Ee Fontaine / Imm. C Apt 11 Ann Borge**

Tél. : **06 62 77 09 75** Total des frais eng. : **998,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : **Dr. EL ALAMI Abdellatif**  
**Spécialiste Pédiatre**  
**87, Bd 11 Janvier**  
**(à côté du cinéma collé)**  
**Casablanca - Tél: 05 22 31 95 00**  
**CSM: 06 61 13 83 40**

Date de consultation : **28/09/2019**

Nom et prénom du malade : **AZZAB Mohamed** Age : **14/11/2017**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Poux**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer la déclaration confidentielle 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 : **28/09/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



# 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

28/9/19    [Signature]    [Signature]    [Signature]    [Signature]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Dr. EL ALAMI Abdelattif  
Spécialiste Pédiatrie  
18 colonnade, 34 Janvier  
Cesablanco - Tél: 05 22 31 95 00  
GSM: 06 61 13 63 40

Pharmacie Centrale AIN BORJA  
Mr. LAHRICHI Mohamed  
Pharmacien  
Quartier Ars  
Cesablanco - Tél: 05 22 60 41 78

28/09/2019    798,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

[Empty table for analyses and radiographies]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

[Empty table for medical auxiliaries]

# 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.

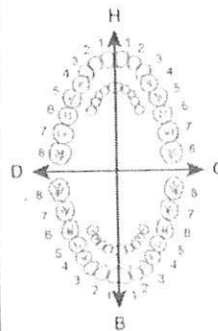
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

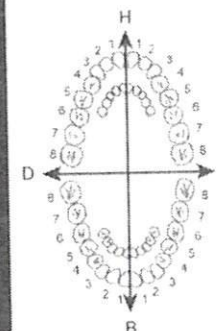
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

# Cabinet de Pédiatrie

## Dr EL ALAMI ☺

**Docteur EL ALAMI Abdellatif**

Spécialiste Pédiatre  
Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Fibroscopie Digestive Biopsie Jejunaie

Sur Rendez-vous

الدكتور العلمي عبد اللطيف

اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع  
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
التنظير الداخلي للجهاز الهضمي

بالموعد

Casablanca, le

PHARMACIE CENTRALE AIN BOJJA  
Mr. LAHRICHI Mohamed  
Pharmacien  
Quartier Anouar, Rue A. Ain Boja  
Casablanca - Tél : 05 22 31 95 00

الدار البيضاء, في :

Attab. Uenta

Pivale

24.10.

127 - Coffre

22/6 Jmufu

734. 0 - Penadia

798.65 0522 31 95 00 : الهاتف - الدار البيضاء (الدار البيضاء سينما كوليزي) 87, Bd. 11 Janvier (à coté du cinéma collisée) Casablanca - GSM: 06 61 13 83 40

En cas d'Urgence, Contacter GSM: 06 61 13 83 40



## 5950

6123  
muscle mass.

The safety Menactra vaccine was evaluated in clinical studies involving children aged 9–23 months of age.<sup>28</sup> These children also received a 12-month age<sup>29</sup> 13-months of age<sup>30</sup> Mumps, and Rubella Virus Vaccine live (MMRV) or Mervac, Mumpox, and Rubella Virus Vaccine conjugate Vaccine Diptheria Cofax Protein (PCV), Hepatitis A Vaccine conjugate Vaccine (HepA), and Hib vaccine.

**Concomitant Vaccine Administration:** Three percent of individuals of age and received two or more childhood vaccines (MMRV or Mervac).



6123

U6366AG  
E 26SEP20  
M 11SEP18

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
MENACTRA 0,5 ML SOL  
INJ 1FL  
PPV : 734,00 DH

5 118001 081981

**Menactra**  
Vaccin polysa  
méningocoqu  
conjugué à l'a  
1 flacon dose  
Voie intramus  
Solution inject

Menactra vaccine at 9 and 12 months of age. The trials of a vaccine cannot be active.

### ND PRECAUTIONS

ing Reports). An early vaccination. However, a total of 1.4 million received the vaccine previously.

shed immune response to

# BRUFEN suspension pédiatrique

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent consultez un médecin.

## COMPOSITION :

Pour 1 ml de suspension buvable.

Ibuprofène.....20,00 mg

Excipients:

Liste des excipients :

Glycérol, sorbitol, hydro

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV :

22,50

## PRESENTATION :

Suspension pédiatrique

## INDICATIONS THERAPIQUES

Il est indiqué chez le nourrisson et l'enfant.

- Le traitement de la fièvre, des douleurs dentaires, courbatures,
- L'arthrite chronique juvénile.

## CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas donner BRUFEN si :

- Au delà de 5 mois de grossesse.
- Antécédents d'allergie ou de réaction au médicament apparenté, notamment à l'aspirine.
- Antécédents d'allergie aux AINS.
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum.
- Atteintes hépatiques, rénales.
- Lupus érythémateux disséminé.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS

En cas de douleurs et/ou fièvre, ne pas dépasser les doses, ce médicament peut provoquer des effets indésirables avec les médicaments anti-inflammatoires.

AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, CONSTATEZ :

- d'antécédent d'asthme associé à une rhinite dans le nez. L'administration de ce médicament chez certains sujets allergiques à l'aspirine peut provoquer des manifestations gastro-intestinales graves.
- de prise d'un traitement anticoagulant.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragies digestives, ulcères du duodénum).
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau,
- d'intolérance au fructose (maladie métabolique héréditaire), en raison de la présence de sorbitol.

**BRUFEN<sup>®</sup>**  
100 mg/5 ml Ibuprofène  
**Suspension pédiatrique**

**BRUFEN** 100 mg/5 ml Ibuprofène  
Suspension pédiatrique  
150 ml



6 118000 080039

COQUELUSEDAL

COQUELUSEDAL

COQUELUSEDAL

OL 100 mg, suppositoire

OL 250 mg, suppositoire

OL 500 mg, suppositoire

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

• Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est-à-dire sans consultation ni prescription d'un médecin.

• Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.

• Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez-la, vous pourriez avoir besoin de la relire.

**NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.**

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?

3. COMMENT UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament est un antalgique et un antipyrétique.

Il est indiqué dans :

- le traitement de la douleur dentaires, courbatures,

- le traitement de la fièvre.

COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire

COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire

environ 15 à 20 kg).

COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire

(soit environ à partir de 25 kg).

Pour les enfants ayant un poids inférieur à 25 kg, demandez l'avis de votre médecin ou à votre pharmacien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?

**Ne prenez jamais COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire dans les cas suivants :**

• allergie connue au paracétamol,

• maladie grave du foie,

• inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum.

**Ne prenez jamais COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 et 500 mg, suppositoire dans**

**Paracetamol 100**

LOT 190428  
EXP 02-22  
PPV 17-70 DM

**NOURRISSONS**  
12  
suppositoires

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100  
12 SUPPOSITOIRES NOURRISSONS  
Non remboursable

6 118000 020349

**DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

aux, douleurs

es que la toux.

ron 2 à 9 mois).

s à 7 ans (soit

partir de 25 kg

e paracétamol

votre médecin

# pivalone 1%

tixocortol

## Suspension nasale

### Composition

Tixocortol pivalate ..... 1,000 g  
Excipient : alcool benzylique, chlorure de sodium, phosphate  
Monosodique dihydraté, soluté officinal d'hydroxyde de sodium,  
eau purifiée q.s.p. .... 100 g  
Conservateur : Chlorure de N-Cétylpyridinium

### FORME PHARMACEUTIQUE

Suspension nasale, flacon de 10 ml

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

#### (TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage nasal (R : système respiratoire)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

#### (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Manifestations inflammatoires et allergiques  
Rhinites allergiques, rhinites saisonnières  
aiguës et chroniques, rhinites vasco-motrices

#### ATTENTION !

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER

#### (CONTRE INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE  
• d'antécédents allergiques au produit.  
• d'épistaxis (saignements du nez).  
• d'existence en cours de traitement d'une infection  
fongiques de surinfection locale importante.

EN CAS

L'AVERTISSEMENT

PRECAUTIONS

Autres

• Contre-indications

EN CAS

DE

INTÉRACTIONS

AFECTATION

PLACENTAIRE

TRANSFUSION

MÉDICAMENTS

GRANDS

D'une façon générale, il convient de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

pivalone® 1% 

Suspension nasale



6 118000 250784

بيفالون 1%  
الكلوروكورتول  
مزيل احتقان

24140

LOT:

PER:

PPV: