

# 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.

M22- 0006429

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 290

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. TASSIN

BRANIT

Date de naissance : 1941

Adresse : ANALOUS II Rue N 23 CASABLANCA

Tél. : 06 63 72 47 3

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

20/12/09 M. TASSIN Branit

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ES

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 : CASA Le : 10/01/2013

Signature de l'adhérent(e) : M. TASSIN



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/12/2022	U	93,58	93,58	93,58

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAMOUNI OSCAR Andalous 3 Rue 121 - Casablanca Tel: 0522 520446 - I.C.E. 00049994000032 INPE: 092046382	27-12-2022	172,90

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

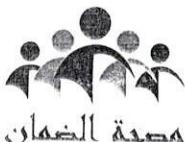
**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

79, 70

## و صافٰت

## ORDONNANCE

ORDONNANCE  
MOTASSIR Bratii  
17-22

le 27/12/2017

Zythnomyces *sp.* (S.)

PHARMACIE OSCAR  
Dr LAMOUNI Khadija  
Hay Andalous 3 Rue 7 N°121 - Casablanca  
tél 0522 52 04 46 - TCE 00049994400003

63,20

1933

631.20  
-  $\Sigma$  Rfec 100gch  
1st leucotomy

30,00

ferles

Fluibraan Si

Medecin de la Guerre  
Médecin de la Guerre  
Médecin de la Guerre

31 <sup>SD</sup>

## SUR AVIS DE MEDECIN

✓ 17.2.90

MEDICAL RECORDS  
DOCTORS OFFICE  
1234567890  
MEDICAL RECORDS  
DOCTORS OFFICE  
1234567890

卷之三

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca  
Tél : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

#### 6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

#### 5. COMMENT CONSERVER ZYRE?

Effets indésirables de fréquence indéterminée (la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles) -Amenie, troubles de la mémoire Si vous ressentez un打球 ou une indésirabilité, qu'il soit mentionné ou non dans cette notice, parlez-en.

Effets indésirables rares (peut concerner jusqu'à 1 patient sur 1 000)

- Dépassions allergiques, réactions anaphylactiques, paroxysmes (rare)
- Dépressions, dépressionnements, agressivité, confusion, insomnie
- Convulsions
- Étachysies (batttements du cœur trop rapides)
- Hypertonies (rallentissement du cœur trop lent)
- Utérines (gonflement)
- Prise de poids

- **Effets indésirables rares** (peut concerner jusqu'à 1 patient sur 1 000)
  - Asymétrie (fragile intéruse), malaise
  - Prurit (émérigozoïde), éruption urinaire
  - Polyurie (bromodéthiazide)
  - Dépression (amoxycilline)
  - Parésie (senstilin tachée) anormale au niveau de la peau)
  - Atrophie
  - Paralysie (senstilin tachée) anormale au niveau de la peau)
  - Fragile

Reactions allergiques, y compris réactions graves et anaphylactique (réaction allergique grave provoquée un ou plusieurs médicaments peuvent apparaître immédiatement ou de façon retardée par rapport à la prise du médicament).

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?

ISI vous oubliez de prendre LARIZ  
NE prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

## DENOMINATION DU MEDICAMENT :

### FLUIBRON® 0,3%, sirop- flacon de 200 ml Ambroxol

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 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 :

Ambroxol chlorhydrate (DCI) ..... 0,30 g  
Pour 100 ml de solution buvable.

**Excipients** : sorbitol liquide, glycérol, acide citrique monohydrate, saccharine sodique, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, arôme, silicon suspension, eau purifiée.

**Liste des excipients à effet notable :**  
sorbitol liquide, parahydroxybenzoate de propyl, parahydroxybenzoate de méthyle, glycérol.

## 3- CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

MUCOLYTIQUES.

(R: Système respiratoire).

## 4- INDICATIONS

Traitements des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte, notamment au cours des affections bronchiques aigües et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est un expectorant. Il facilite l'évacuation de la toux des sécrétions bronchiques.

LOGIE :

€

## RESERVE A L'ADULTE.

La posologie de ce médicament est de 1 cuillère à soupe matin et soir.

### Mode d'administration

Voie orale.

### Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

### Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

## 6- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais FLUIBRON®, sirop en cas d'antécédents d'allergie à ce médicament ou à l'un des constituants.

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

## 7- Effets indésirables :

Comme tous les médicaments FLUIBRON®, sirop est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de survenue de troubles gastro-intestinaux mineurs à type de nausées, vomissements, gastralgies, céphalées, et à la diminution de la posologie.

**Fluibron® 0,3%**  
Ambroxol

30,00



azithromycine

**POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - 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, 1 cuillerée mesure est égale à 5 ml équivalent à 200 mg.

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, apparenté aux macrolides.
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections bactériennes à germes sensibles.

**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 manifestations allergiques survenues 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 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	

- ZITHROMAX sachet

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

Poids de l'enfant	Age de l'enfant	UT.AV. 23 70	P.P.V. 70
jusqu'à 15 kg	< 3 ans		
de 16 à 25 kg	de 3 à 7 ans		
de 26 à 35 kg	de 8 à 11 ans		
de 36 à 45 kg	de 12 à 14 ans		

**TABLEAU A**

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

**LABORATOIRES PFIZER S.A. EL JADIDA - MAROC**



N° IPP :	939180	N° SEJOUR :	220052060	<b>FACTURE N° 2205016005</b>				DATE D'ENTREE :		27/12/2022	DATE DE SORTIE :		27/12/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		MOTASSIM, Brahim				
MALADE :	UF: 5002 URGENCES													
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S. :													
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :													
TIERS PAYANT 2 :														
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE					
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT				
CONSULTATION DE MEDECIN.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00				
CONSULTATION DE GENERALISTE														
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50				
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER														
FOURNITURES MEDICALES				6.08					0.00	6.08				

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	93.58						93.58
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT TREIZE DHS ET CINQUANTE HUIT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	93.58			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 27/12/2022	EDITEE LE : 27/12/2022	PAR: KAABAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :					
			DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA		
			BANQUE :			BMCE - INARA		
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91					

