

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° 09-09 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Cercle Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-773425

Maladie
5 Aube 3/92

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		596	
Matricule :		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FATIMA
Nom & Prénom : ERRAOUKH			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0663219617		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. LALHIBYAR HASSNA HSY Monhamadi CHP chp med A </div>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	22/12/2015
Nom et prénom du malade :	Medecin 07105356 Dr. LALHIBYAR HASSNA HSY Monhamadi CHP chp med A
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	fatigue
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ACCUEIL </div>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous p confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :.....

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AGENCE PHARMACEUTIQUE BRIANCON Signature : Manane Cas 71	22/12/22	994,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

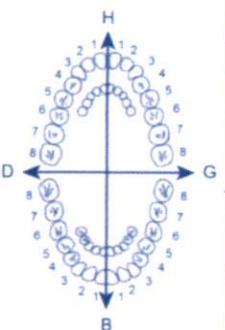
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

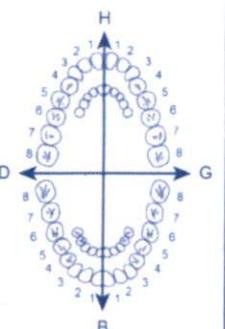
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EMEGLION



Facture Urgence

N° Quittance

[Redacted]

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Numéro : 2 022 / P / 7 700

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification		Débiteur	
Index Patient : 20 425 N° Urgence : 10 885 Nom et prénom : ERROUKH FATIMA Adresse : AIN SEBAA		PAYANT	
Médecin		Date	
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE		Date Entrée : 22/12/2022 09:06:08	

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:							40,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

22/12/2022 09:07:09

Facture Etablie Par Personnel N° : OUMELH

Signature du responsable :

O₂ + Nebulisation ✕

Scalp endotracheal ✕



6300 - Maoramax 500mg 

1cp / Jn p.t 3jrs

3640. Récupred 20mg 

3cp mati p.t 5jrs

9940

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr. BOUSTANE ZAKIA
Bloc L - N°8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél : 05 22 60 80 71

INP 071055156
Medecin Des Urgences
Dr. LAKHYAR HASNA
Hay Mohammadi Casa
Chp Med A

Kopred®

Prendnisolone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 pharmacien.

PRÉSENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescents.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescents.

COMPOSITION

Substance active : Prennisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prenisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium). KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prenisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).

Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTÉMIQUE.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde.

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

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre indiqué dans les situations suivantes :

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

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

MISE EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Mise en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire). Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) est à éviter.

PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Si vous ne prenez pas et/ou au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement la prise de corticoïde, en chirurgicale ou de situation de stress

injektables peuvent favoriser la voie de rupture tendineuse

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 32 mg de sodium.

Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de l'appauvrissement ou la malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Ce médicament DOIT ETRE ÉVITÉ EN ASSOCIATION AVEC UN VACCIN VIVANT ATTÉNUÉ OU AVEC DES DOSES ANTI-INFLAMMATOIRES D'ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour). Si vous prenez ou avez récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse
Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

AllaITEMENT

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Ce médicament contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

KOPRED 5 mg et 20 mg, comprimé effervescent, contiennent du lactose et du sodium.

POSÉLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DE TRAITEMENT

Posologie

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent :

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.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent :

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

KOPRED 20 mg comprimé effervescent 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.

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 d'administration

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas.

Durée du

ment le

LOT : 2321
PER : 10-25
P.P.V : 36 DH 40

re une

rables

bien toléré

ent le

usage et la durée

du traitement.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

- Apparition de bleus.

- Élevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.

- Troubles de l'humeur: excitation, euphorie, troubles du sommeil.

- Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se

manifester par une prise de poids, un gonflement et une

rougeur du visage, une poussée excessive des poils.

- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.

- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surréna

- Retard de croissance chez l'enfant.

- Troubles des règles.

- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en

association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).

- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et

perforations digestives, pancréatite surtout chez l'enfant.

- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.

- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement.

- Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression

à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne sera pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité. Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste I

PEREMPTION

Ne pas utiliser KOPRED comprimé effervescent après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2016

PHARMAS

Laboratoires Pharmas S

21 Rue des Agdalées - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

ازيروميسين

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

Comprimés 500 mg, boîte de 3 comprimés

Poudre pour sachet à 100 mg par sachet

Poudre pour sachet à 200 mg par sachet

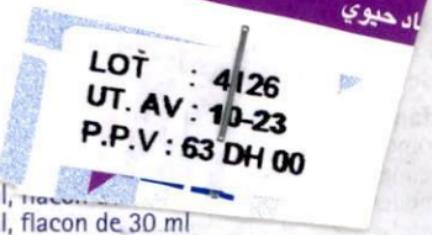
Poudre pour sachet à 300 mg par sachet

Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale

Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 30 ml

Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 30 ml

Liste des excipients à effet notoire : saccharose, sodium.



INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles :

- Angines : en alternative au traitement de référence, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

Relatives :

Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide)

MISES 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

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir le médecin traitant en cas de :

- Insuffisance hépatique,
- prise concomitante d'autres médicaments,
- antécédents allergiques,
- manifestations cutanées à l'origine allergique.

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Préfectoral
Ain Sebaâ - Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

Quittance

Nº 651829 /B
Enroulé 12

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
Caution		1000
Total		400

Cachet du Service

202

Signature du
Régisseur