

# 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="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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- 0012133

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 3723

Actif  Pensionné(e) Nom & Prénom : BADER SOUDI

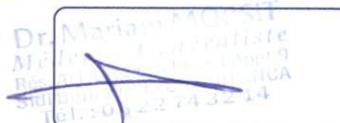
Date de naissance :

Adresse : Al Qadsia Res. Al Fajr Tower 27  
BERNARDI - CP8A

Tél. : 0522 767011 Total des frais engagés : 832,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : Guita BADER Eddine

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : la goutte

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : la goutte

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 : CNSA - Signature

Le : 24/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature

#### **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
26/04/23	Consultation	1	100000	Dr. M. GROSSE Médecin généraliste N° de la carte : 123456789 Signature : Dr. M. GROSSE Téléphone : 0221234567 Fax : 0612987654 SIREN : 1234567890123456789

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur "C"	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOC GHOERANE RUE 2 PM 110 BLOC (C) Q AI GORI, Sidi Bernoussi Casablanca	23/04/83	132.000

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

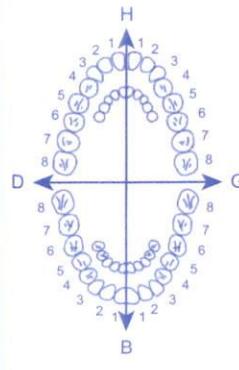
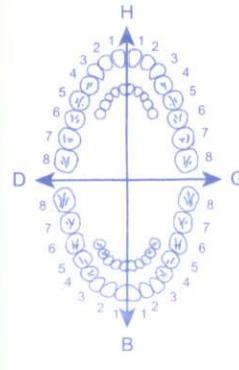
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	JM	IV	
<b>Centre NASSER</b> De Rééducation & Réadaptation Bd. Ali Manta, Rés. Bassma I Ghar Appt. 1, RDC, Ain Sebaa Casablanca Tél : 0522 663 790	21/05/23	15 séances de Rééducation du rachis lombaire 200 dh par séance				CT : 3000 dh

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 35533411	G 21433552 00000000 G 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

- Echographie
- Suivi de grossesse
- ECG
- Suivi des maladies chroniques



- الفحص بالصدى
- متابعة الحمل
- تخطيط القلب
- متابعة الامراض المزمنة

Casablanca, le :

25/04/23

Ghita Badreddine

63<sup>cm</sup> 21 Macronutrition  
Spor (S.V)  
68<sup>cm</sup> 21 Dietétique  
Spor (S.V)  
132<sup>cm</sup> 31 Algofunctional  
Spor (S.V)

PHARMACIE BLOC "C"  
GHOFRANE  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Q Al Qods El Bernoussi  
Casablanca

Tél : 05 22 74 32 14  
Sidi Barnoussi - Casablanca - Maroc  
D.G.N.D.C. - D.G.N.D.C. - D.G.N.D.C.  
Signature

# Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVALE - Poudre pour sachet - comprimes

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

Comprimés 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

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

Liste des excipients à effet notable : 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 toutes

de traitements p

Ce médicament n'

allergiques survenues lors  
es.

nt une maladie hépatique

## PRÉCAUTIONS D'

Prévenir le médecin

- Insuffisance hépa

- prise concomitant

- antécédents allergiques,

- manifestations cutanées à l'origine allergique.

LOT : 9872  
PER : 06-24  
P.P.V : 63 DH 00

1513

Pharmaceutique



جذب الماء إلى الماء  
العنصر الماء ١٤٧-١٤٦

جذب الماء إلى الماء  
العنصر الماء ٢

جذب الماء إلى الماء  
العنصر الماء ٣  
جذب الماء إلى الماء  
العنصر الماء ٤

**Sirop**  
**Voie orale**

- Voies respiratoires encombrées

#### POSÉOLOGIE 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.

#### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques
- Déconseillé chez la femme enceinte
- Le produit peut présenter un léger changement des caractères naturels des plantes; toutefois, il ne présente pas d'effets indésirables.
- Après ouverture, à conserver au frais.
- Tenir hors de la portée des enfants.

LOT : 220975  
DLUO : 12/2025  
69,00DH



buables aux