

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.

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



Declaration de Maladie

N° W21-805943

183023

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12388

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBBANE

HICHAM

CO

Date de naissance :

05-09-1974

Adresse :

313 des Meknes, EL ALIA MOHAMMEDIA

Tél. : 0611 77 58 38

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ESSEBBANE / Houssam

Nom et prénom du malade :

ESSEBBANE / Houssam

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Enfant

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 :

Mohamed Hicham

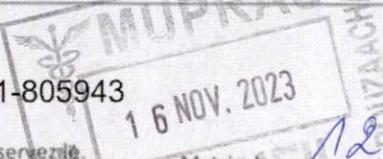
Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-805943



Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

123023

Matricule : 12388

Nom de l'adhérent(e) : R.A.M

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/11/2013	G		250	Le 09/11/2013 DR M. LECOCQ M. LECOCQ

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/23	176,30

~~ANALYSES - RADIOPHARMACIES~~

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.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

1954 ET SACHET DU PRATICIEL AFFECTANT L'EXÉCUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

**FN
EXECUTION**

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

77,00

UNIVERSITY

Ad 1867

176,30

03 Jan

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880

UNIZITRO®

COMPOSITION

UNIZITRO comprimé pelliculé :

- Azithromycine (DCI) 500 mg
(équivalent à 524,0 mg d'azithromycine dihydrate)
- Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

UNIZITRO suspension buvable :

- Azithromycine (DCI) 200 mg
(équivalent à 209,6 mg d'azithromycine dihydrate)
- Excipients q.s.p. 5 ml

FORMES ET PRÉSENTATION

- Comprimé pelliculé à 500 mg : Etui de 3 comprimés pelliculés.
- Suspension buvable à 200 mg / 5 ml : Flacon de 15 ml.
- Suspension buvable à 200 mg / 5 ml : Flacon de 30 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibiotique de la famille des macrolides.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques pharmacocinétiques de l'azithromycine. Elles tiennent compte à la fois des études cliniques auxquelles a donné lieu le médicament et de sa place dans l'éventail des produits antibactériens actuellement disponibles.

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme :

- Infections du tractus respiratoire supérieur : amygdale, pharynx, tonsille.
- Infections du tractus respiratoire inférieur : bronchite et pneumonie.
- Infections de la peau et des tissus mous.
- Urétrites / Cervicités (associées à C. trachomatis ou à U. urealyticus).

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant :

- Antécédent d'allergie à l'azithromycine ou à tout autre antibiotique.
- Insuffisance hépatique grave.
- Les malades en cours de traitement avec les dérivés d'ergotamine.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de l'ophtalmologue.

POSOLOGIES

L'azithromycine doit toujours être administrée en une seule prise par jour.

Comprimé :

Adultes & enfants de plus de 45 kg :

- Pour le traitement des infections respiratoires hautes et basses, des infections stomatologiques, la posologie est de 500 mg en une seule prise pendant 3 jours.
- En ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles dues à Chlamydia trachomatis, la posologie est de 500 mg en une seule prise pendant 3 jours.

Enfants de moins de 45 kg :

- 10 mg/kg/jour, pendant 3 jours.

Chez les personnes âgées, les malades présentant une insuffisance rénale légère, il est nécessaire d'ajuster la posologie.

77/00

UNIZITRO® 200 mg / 5 ml

Poudre pour suspension buvable
flacon de 30 ml



6 118000 071358

EUMOXOL®

Ambroxol chlorhydrate

Formes et présentations :

Solution buvable à 0,3% : Flacon de 125 ml et flacon de 250 ml

Composition :

Ambroxol chlorhydrate (DCI) 0,3 g
Excipients q.s.p 100 ml

Propriétés :

L'Ambroxol chlorhydrate possède des propriétés mucolytiques et expectorantes. Il stimule, par son action sur les cellules sécrétrices, la sécrétion bronchique et favorise la production d'un mucus plus mobilisable. Il augmente l'activité ciliaire.

Indications :

Affections aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire avec production anormale ou altérée de mucus, notamment au cours des bronchites aiguës et chroniques, bronchites asthmatiques, bronchiectasies, poussées aiguës des bronchopneumopathies chroniques.

Contre-indications :

- Antécédents de réactions d'hypersensibilité à l'ambroxol chlorhydrate
- Nourrisson de moins de 2 ans

Effets indésirables :

- Possibilité de survenue de troubles gastro-intestinaux mineurs à type de nausées, vomissements, gastralgies, cédant rapidement à la diminution de la posologie
- Des cas de réactions cutanées d'urticaire, des manifestations aiguës de Quincke qui ont été d'évolution favorable. Dans ces cas, le traitement devra être arrêté.

Mises en garde et précautions :

L'association d'un mucomol déshydratant et de substances asséchant les sécrétions bronchiques est contre-indiquée. Grossesse/Allaitement : En cas de grossesse, ce médicament n'est pas recommandé.

Posologie et mode d'emploi :

Selon prescription médicale.

Adulte :

La posologie moyenne de chlorhydrate d'Ambroxol est de 1 cuillère à soupe (15 ml), 2 fois par jour.

Enfant :

2 à 5 ans : 1/2 cuillerée à café 3 fois par jour.

Plus de 5 ans : 1 cuillerée à café 3 fois par jour.

Ne pas laisser ce médicament à la portée des enfants.
Ne pas dépasser la date limite d'utilisation.
Le conditionnement extérieur.

LOT : 5028
PER : 06 - 26
P.P.V: 18 DH 00

Eumoxol®
Ambroxol

Eumoxol 0,3%
solution buvable flacon 125ml



6 118000 092292



EFFIPRED®

(Prednisolone)

PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg
Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg	
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium)	5 mg
Excipient qsp	1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg	
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium)	20 mg
Excipient qsp	1 comprimé effervescent

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocrinien, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité
- Certaines viroses en évolution
- États psychotiques encore non

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MI

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant du comprimé (43 mg de sodium par comprimé contre 20 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement progressivement les doses en suivant la prescription de votre

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 03/2026
LOT 33054 2

