

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.

Diologie 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065761

ND: 36092

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EZ OVAT FATHIA -

Date de naissance :

Adresse : 6 Bis Rue Aboumousa - Derl

..... BAZA'DA - CASABLANCA -

Tél. : 0682 628429 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis is labeled 'D' on the left. The depth axis is labeled 'B' at the bottom. A central point is labeled with a circled '1'. Surrounding this central point are several numbered circles representing atoms or molecules. The atoms are arranged in a roughly circular pattern around the central point, with some atoms having additional numbers inside them (e.g., '2', '3', '4', '5', '6', '7'). The overall arrangement suggests a molecular structure centered at the origin of the coordinate system.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	H 21433552 00000000 G 00000000 11433553	Montant des soins	
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			Date du devis
					Fin d'exécution
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT		NOM :		Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0061999		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois				
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 0061999

DATE DE DEPOT

/ / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adherent	
Nom & Prénom				
Fonction	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<p><i>est déposé, clôture, Branche, corps mort</i></p>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
G		130DH		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture	271071200			
	271071200			
	28700			
	529 bis			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	

Chibro-Cadron,

collyre en flacon

Dexaméthasone / Néomycine

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 à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CHIBRO CADRON, collyre en flacon ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
3. COMMENT UTILISER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE CHIBRO CADRON, collyre en flacon ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

CORTICOIDES ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant :

- un antibiotique de la famille des aminosides : la néomycine,
- et un corticoïde : la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?

N'utilisez jamais CHIBRO CADRON, collyre en flacon dans les cas suivants :

- Allergie à l'un des constituants du collyre.
- Certaines inflammations de la cornée (kératite herpétique épithéliale dendritique, kératite mycosique).
- Infections mycosiques et tuberculeuses de l'œil.
- Antécédents personnels ou familiaux de glaucome.
- Kéato-conjonctivites virales au stade précoce.
- Infections purulentes des paupières et de l'œil secondaire à des germes résistants à la néomycine.

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

Faites attention avec CHIBRO CADRON, collyre en flacon :

Mises en garde spéciales

Ne pas avaler, ne pas utiliser en injection péri ou intraoculaire.

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, instiller les collyres à 15 minutes d'intervalle.

Des instillations répétées et/ou de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs.

peuvent être prescrites sous surveillance ophtalmologique stricte.

DANS TOUS LES CAS CONFORMEZ-VOUS STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon que vous n'auriez dû :

Des instillations répétées de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation.

Si vous pensez avoir pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon, qu'il ne fallait et que vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez contacter votre médecin.

Si vous oubliez de prendre CHIBRO CADRON, collyre en flacon :

Si vous oubliez de mettre une dose, mettez-la dès que possible, sauf s'il est presque l'heure de la dose suivante. Dans ce cas, reprenez votre traitement comme prescrit par votre médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, CHIBRO CADRON, collyre en flacon est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Sensations de brûlure, de larmoiement, gêne, rougeur.
- Risques de réactions allergiques.
- En usage prolongé : augmentation de la tension oculaire, opacification du cristallin, inflammation superficielle de la cornée.

Prévenir immédiatement votre médecin ou votre pharmacien en cas de symptômes inhabituel quel qu'il soit. 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.

5. COMMENT CONSERVER CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon après la date de péremption mentionnée sur le conditionnement extérieur.

Ce médicament ne doit pas être conservé plus de 15 jours après la première utilisation. Noter la date d'ouverture en clair sur l'emballage.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égoût ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient CHIBRO CADRON, collyre en flacon ?

Les substances actives sont :

Phosphate sodique de dexaméthasone 109,3 mg

Quantité correspondant à phosphate de dexaméthasone 100,0 mg

Sulfate de néomycine 350.000 UI

Pour 100 ml de collyre

1 ml de collyre correspond à 30 gouttes. Contenant chacune :

- 0,036 mg de néomycine
- soit 0,001 mg de sulfate de néomycine

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

A.M.U. Maroc

N° 116 DMAP/21/NCV

Distribué par les

Laboratoires SOTHEMA

B.P.N°1, 27182

Bouskoura - MAROC

iododecinium,

6118001071425 eau purifiée.

Qu'est-ce que CHIBRO CADRON, collyre en flacon et

comment l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de collyre ; Boîte de 1 flacon de 5 ml.

Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail
Médecine Générale

الدكتور المصطفى معاشو

اختصاصي في طب الشغل
الطب العام

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

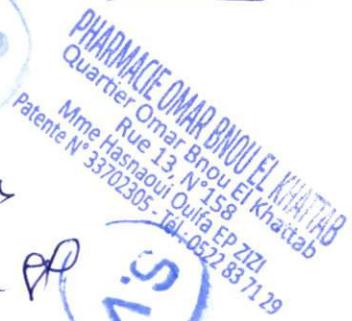
- فحص بالصدى

- تخطيط القلب الكهربائي

- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين

- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 27-07-2000



320 - Elboulagh
2g x 34 g

4040 - Metoo gel 100
1 fl + 34 ml

4960 - D-cure fw m
1 NB / 15 jours

30200

درب البلدية، زنقة القاضي العلوي - الهاتف : 05 22 82 98 60

Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis - Tel. : 05 22 82 98 60 - E-mail: dr.maachou-m@hotmail.fr

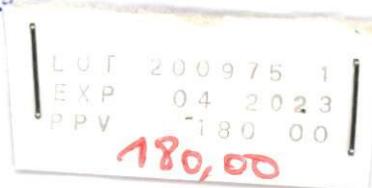
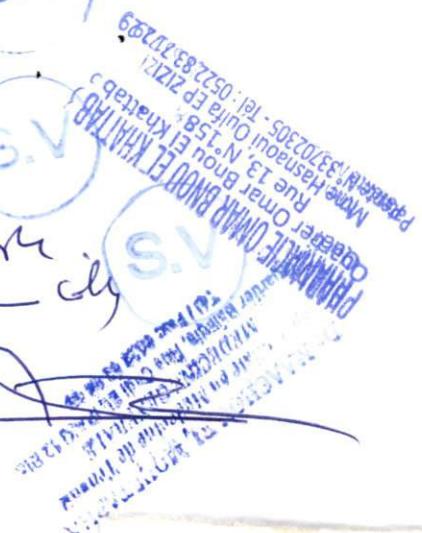
2940x2 A 2000 500g N°3.V

C 44

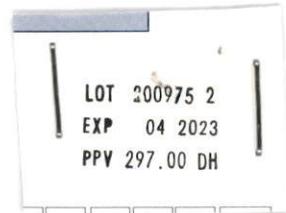
3000 - 700g S.V.

15 + 300g S.V.

2840 - Chiba - London city
200g S.V.



5286x



METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. 140,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 110001 100293

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

TraITEMENT des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

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 manifestation allergique survenue 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.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations d'origine allergique, prise concomitante d'autre

alimentation.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements;
- Manifestations allergiques; prurit.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg :
en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors

TABLEAU A (LISTE I).



82, Allée des Casuarinas

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



identifica 101005 - 04.11

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicités non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

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 manifestation allergique survenue 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.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédent d'origine allergique, prise concomitante d'anticoagulant, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements
- Manifestations allergiques : prurit, rash, éruption cutanée.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors

TABLEAU A (LISTE I).

PPV : 79DH70

PER : 03-23

LOT : 1948

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables

6 118000 040941



bottu S.A.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaï - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

idemco 10

MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

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

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demander plus d'information 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 à votre pharmacien.

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol 0.300 g

Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

Excipients : Glycerol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, Arôme banane (Acétate de furfuryle, acétate de isoamyle, acétate d'isobutyle, acétate de méthyle -3-butényle, acétone, butyrate d'amyle, delta-décalactone, eugénol, pipéronal, propionate de benzyle, maltol, vanilline, propyléneglycol), Acide citrique monohydrate, Eau purifiée qsp 100 ml

Excipients à effet notable : Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ

MUCOLYTIQUES.

(R : SYSTÈME RESPIRATOIRE).

3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

TraITEMENT DES TROUBLES DE LA SÉCRÉTION BRONCHIQUE DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT, NOTAMMENT AU COURS DES AFFECTIONS BRONCHIQUES AIGUËS ET DES ÉPISODES AIGUS DES BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES.

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

4- POSOLOGIE

• Chez l'adulte :

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe matin et soir.

• Chez l'enfant :

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour ;

2 à 5 ans : ½ cuillère à café trois fois par jour.

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.

5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MUXOL, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des a.
- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

6- EFFETS INDÉSIRABLES

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

- Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Eruption cutanée, urticaire.

Fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles :

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-oedème (gonflement rapide muqueuse ou du tissu sous-muqueux) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johns exanthématisante aiguë généralisée) ;

Troubles digestifs mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est conseillé de posologie.

Maux de tête, vertige.

38,80

MUXOL®
ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572