

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001689

Société : RAM

37696

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Elmanoussi Khadija

Date de naissance :

1958

Adresse :

Ksar El Bahr Rue 8 N° 56

Slata Casa

Tél. :

06 82 81 94 50

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDRISI Abdellah  
ORL et Chirurgie Face et Cou  
103, Rue Chaouia - Casa  
Tel : 05 22 22 01 41

Date de consultation : 12/07/2020

26 Aout 2020

Nom et prénom du malade :

Ziad Khadija

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AGHOR

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 :

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
12/8/2020	CJ	3.00		Dr. IDRISS CHAOUIA Q.R.L et Chirurgie face au 103, Rue Chaouia - Casa Tel : 05 22 22 01 41

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.8.2020	20.7.10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
[Création, remont, adjonction] 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



# CABINET O.R.L

- NEZ - GORGE - OREILLES
- CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
- CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISI  
SPECIALISTE

الدكتور عبد الحميد IDRISI  
اختصاصي

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ  
DE MEDECINE DE PARIS

خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le

12/8/2020

64.50 *Liaa Khatif.* *S.I.* *✓*  
132.00 *3 gouttes ( ) x 15 ml* *S.I.* *✓*  
1060 *15 airt 2 p x 8 ml* *✓*  
3 *Dolostrip 15 mg* *✓*  
*1031 10*

Dr. IDRISI Abdelhamid  
Opér. et Chirurgie Face et Cou  
103, Rue Chaouia ex. Colbert, Angle Lalla Yacout - Place Tahar Sebti - Tél : 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82 - Casablanca

**COMPOSITION****MAXICLAV® Adultes**

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....

Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....

Excipients..... q.s

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 30 mg/sachet, Teneur en Potassium 24,54 mg/sac

**MAXICLAV® Enfants**

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....

Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....

Excipients..... q.s

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 15 mg/sachet, Teneur en Potassium 12,27 mg/sach

**FORMES ET PRESENTATIONS PHARMACEUTIQUES****MAXICLAV® Adultes**

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

**MAXICLAV® Enfants**

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

**INDICATIONS**

Antibiotique de la famille des bétalactamines, pénicillines du groupe A et d'un inhibiteur puissant et irréversible de bétalactamases.

**MAXICLAV® Adulte** présente un intérêt tout particulier, pour l'adulte, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës,
- sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites,
- surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention,
- exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques,
- pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des troubles de déglutition,
- cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles,
- infections gynécologiques hautes en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae,
- parodontites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites,
- traitement de relais de la voie injectable.

**MAXICLAV® Enfants** présente un intérêt, tout particulier, pour l'enfant de plus de 30 mois, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës de l'enfant, otites récidivantes,
- surinfections de bronchopneumopathies chroniques,
- infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites,
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans,
- sinusites.

**RESPECTER LA DUREE DU TRAITEMENT**

Pour être efficace, cet antibiotique doit être pris pendant aussi longtemps que votre médecin vous le prescrira. La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas automatiquement la guérison. L'éventuelle interruption de l'antibiotique mais à l'infection elle-même. Le traitement sera alors sans effet sur cette infection.

**CONTRE - INDICATIONS**

Allergie aux antibiotiques de la famille des céphalosporines.

Allergie à l'un des constituants de MAXICLAV®.

Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association de MAXICLAV® et de Phénylcétoneurie en raison de la présence de l'acide phénylethylénique. MAXICLAV® ne doit généralement pas être prescrit à ces patients.

**MISES EN GARDE**

La survenue de toute manifestation allergique doit faire évaluer la nécessité d'un traitement adapté.

Des réactions immuno-allergiques dont la sévérité et la fréquence sont variables ont été exceptionnellement observées. Elles sont généralement traitées par les bétalactamines. Leur administration peut être nécessaire. Devant des antécédents d'allergie à l'acide clavulanique, l'administration de MAXICLAV® est formelle.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'insuffisance hépatique. Il est recommandé de surveiller l'état de santé du patient pendant le traitement prolongé. Le risque de survenue d'effets indésirables est majoré en cas de traitement supérieur à 15 jours.

## MYK® 1%

## Sulconazole

## Solution pour application locale

## COMPOSITION

Sulconazole (DCI) sous forme de Nitrate de S  
Excipients : q.s.p.....

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSÉ

Solution pour application locale : flacon de 30 ml

## INDICATIONS

#### Traitement local des mycoses superficielles cuta

### - *Dermatophyties* :

- Traitement des dermatophyties de la peau glabre : un système antifongique associé est habituellement nécessaire.
  - Traitement ou traitement d'appoint des :
    - \* intertrigos génitaux et curraux à dermatophytes (marginé),
    - \* intertrigos des orteils (pied d'athlète). Dans le cas des intertrigos inguinaux, il est nécessaire de rechercher un intertrigo des orteils,
    - \* sycosis et kérions.

Un traitement systémique antifongique associé est à discuter.

- *Pityriasis versicolor.*

#### **CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ dans le cas suivant :

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

#### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

## MISES EN GARDE

Un traitement sur de grandes surfaces, sur une peau lésée, sous occlusion ou en couches épaisses, en raison du passage de l'antifongique dans la circulation générale, peut entraîner des effets systémiques. Ces effets sont particulièrement à craindre chez les nourrissons et les enfants en bas âge, en raison du rapport surface/poids et des phénomènes d'occlusion spontanés dans les plis et au niveau des couches.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Pour usage local seulement

- S'il apparaît des réactions suggérant une sensibilisation ou de l'irritation, l'utilisation du médicament doit être interrompue.
  - Eviter le contact du médicament avec l'oeil. En cas de contact avec les yeux, rincez avec un grand volume d'eau.
  - Grossesse et allaitement : en raison de suspicion d'effet embryotoxique chez l'animal, il est recommandé de ne pas l'utiliser chez la femme enceinte et de l'éviter chez la

10,60

- Deshydratation : Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop rapide, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Désintoxication : EN CAS DE DOUTTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDICIN OU A VOTRE PHARMACIEN.
- Mode d'emploi d'administration : Votre oral.
- DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés : Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruit).
- DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés : Laissez dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
- Effervescents : Bouteille immédiatement après.
- Frequence d'administration : Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de crampes.
- Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur Chez l'adulte, illes doivent être de 4 heures minimum.
- En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises doivent espacer de 8 heures minimum.
- Chez l'adulte, illes doivent être de 4 heures minimum.
- En cas d'adulte, illes doivent être de 4 heures minimum.
- DUREE DU TRAITEMENT : 8 semaines.

Paracetamol