

## 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.

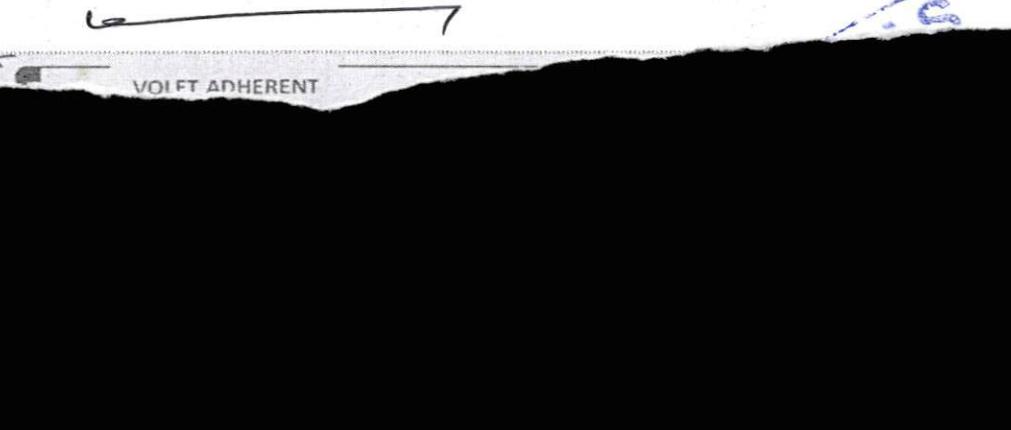
<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>9271</b>		Société : <b>YAKOUT</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<b>Autre :</b> <b>60288</b>	
Nom & Prénom : <b>YAKOUT</b>			
Date de naissance : <b>09.03.67</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0611 884083</b>		Total des frais engagés : <b>Dhs</b>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b>	<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>
Age:			
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 : \_\_\_\_\_ 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 le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Bouchairi Pharmacie Ouled Hiz Dr. Mohamed V. Berrechid tél: 0522 33 73 51 INP: 062047295	10/07/20	80,90.

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

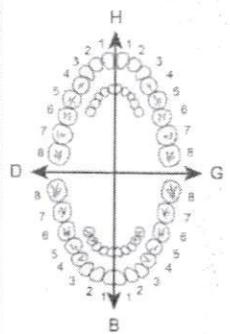
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

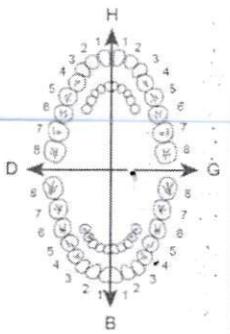
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**PHARMACIE OULED HRIZ**  
**KAMILI Bouchaïb**  
**pharmacien**

124, Bd. Med V - Berrechid - Tél. : 33.73.51

FACTURE N° 2320.

Date

M. YAKOUTY Samaa.

MODE DE PAIEMENT :  ESPECES  CHEQUE  TRAITE

DATE DE REGLEMENT:.....

PATENTE N° 40700577 - C.N.S.S. : 1119701

# VITAMINE D3 B.O.N.®

## 200 000 UI/1 ml

Cholécalciférol

Solution injectable IM en ampoule

### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### COMPOSITION

Cholécalciférol (vitamine D3) . . . . . 200 000 UI  
Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s.  
pour 1 ampoule.

#### FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

#### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

VITAMINE D.

#### NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle  
92800 PUTEAUX - FRANCE

#### NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA LIVRON  
36250 LIVRON - FRANCE

PRECAUTIONS D'EMPLOI  
EN CAS DE DOUBTE  
DEMANDER L'AVIS DE VOTRE  
VOTRE PHARMACIEN.

#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS  
ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT  
SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE  
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU  
A VOTRE PHARMACIEN.

#### GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas de besoin, ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse ou l'allaitement. Il convient, cependant, de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

#### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

##### POSOLOGIE

Dans tous les cas, se conformer à l'avis de votre médecin.

Les posologies usuelles sont les suivantes :

##### En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16DMP/21/NNPR

  
6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

**AZ®****Azithromycine****FORMES ET PRÉSENTATIONS :**

- Comprimés 500 mg - Boîte de 3 sous plaquette thermoformée Alu/PVC.

- Gélules 250 mg - Boîte de 6 sous plaquette thermoformée Alu/PVC.

- Poudre pour suspension buvable 200 mg /5 ml - Flacons de 15 et 30 ml.

**COMPOSITION :**

**AZ® Comprimés 500 mg :**

Azithromycine (sous forme dihydrate)..... 500 mg

Excipient QSP ..... 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose.

**AZ® Gélules 250 mg :**

Azithromycine (sous forme dihydrate)..... 250 mg

Excipient QSP ..... 1 gélule

Excipients à effet notoire : Lactose.

**AZ® Poudre pour suspension buvable :**

Azithromycine (sous forme dihydrate)..... 200 mg

Excipient QSP ..... 5 ml

Excipients à effet notoire : Saccharose – Parahydroxybenzoate de méthyle.

**PROPRIÉTÉS :**

*Antibactérien à usage systémique (anti-infectieux).*

Antibiotique de la famille des macrolides, classe des azalides, Code ATC : J01FA10.

**INDICATIONS :**

Traitements des infections dues aux germes définis comme sensibles :

**AZ® comprimés 500 mg et gélules 250 mg :**

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.

- Surinfections des bronchites aiguës.

- Exacerbations des bronchites chroniques.

- Infections stomatologiques.

**AZ® Poudre pour suspension buvable :**

- Angines à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé, chez l'enfant à partir de 3 ans.

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

**CONTRE-INDICATIONS :****Absolues :**

- Enfants de moins de 6 ans en raison du risque de fausse route pour les comprimés et les gélules.

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide ou à l'un des composants de AZ®.

- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.

**POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :**

**Adulte : AZ® comprimés 500 mg et gélules 250 mg :**

- Angines, infections stomatologiques : 500 mg par jour pendant 3 jours.

- Surinfections des bronchites aiguës, exacerbations des bronchites chroniques : 500 mg le premier jour puis 250 mg les jours suivants jusqu'au traitement total de 5 jours.\*

- Comme avec l'erythromycine et réactions allergiques graves à type de réactions anaphylactiques ont été n

- En raison de la présence de saccharose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactose, ou de déficit en sucrase-ésterase.

- La suspension AZ® contient du saccharose.

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT :**  
Grossesse :

- Il est préférable, par précaution, de ne pas utiliser l'azithromycine au cours du 1er trimestre de la grossesse.

- En raison du bénéfice attendu, l'utilisation de l'azithromycine peut être envisagée à partir du 2e trimestre de la grossesse, en fonction du besoin.

**Allaitemt :**

Chez la femme allaitante, l'azithromycine ne sera administrée que sous avis du médecin traitant ou du pharmacien.

**En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

**AZ® est un médicament : ne pas laisser à la portée des enfants.**

**EFFECTS INDESIRABLES :**

Possibilité de survenue de :

- Candidose.

- Thrombocytopénie.

- Réactions d'hypersensibilité, exceptionnellement œdème de Quincke.

- Rares cas d'agressivité, nervosité, agitation et anxiété.

- Sensations vertigineuses, rares cas de convulsions.

- Rares cas de dysgueusies et/ou dysosmie pouvant aller jusqu'à l'agueusie et/ou l'anosmie.

- Rares cas de troubles de l'audition avec acouphène ou surdité, réversibles dans la majorité des cas.

- Rares cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes.

- Nausées, vomissements, dyspepsie, diarrhée (rarement sévère), gêne abdominale, pancréatite, rares cas de colites pseudomembraneuses.

- Augmentation des enzymes hépatiques réversible à l'arrêt du traitement.

- Rares cas de nécrose hépatique et d'insuffisance hépatique.

- Des cas isolés d'hépatite cholestastique.

- Rash cutané, photosensibilité, urticaire, prurit.

- Arthralgies.

**TOUT EFFET INDESIRABLE SURVENU LORS DU TRAITEMENT DOIT ETRE SIGNALÉ AU MÉDECIN TRAITANT OU AU PHARMACIEN.**

**SURDOSAGE :**

Conduite à tenir : lavage gastrique et traitement symptomatique.

**INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :****Contre-indiquées :**

- Cisapride.

- Dihydroergotamine.

- Ergotamine.

**Déconseillées :**

- Alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, lisuride, pergolide).

- Colchicine.

- Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide).

**Nécessitant des précautions d'emploi :**

- Ciclosporine. Dosage des concentrations sanguines de cyclosporine, contrôle de la fonction rénale et adaptation de la posologie contre-indication à l'administration d'azithromycine.

**AZ® 500 mg**

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60.00 DH

6 118000 190097