

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-514941

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : 40238

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : YAKOUT

Date de naissance : 09.03.67

Adresse :

Tél : 0611 989083 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOI ET ADHERENT

RELEVÉ 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
Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz S. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INP: 062047295	10/07/20.	80,90.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

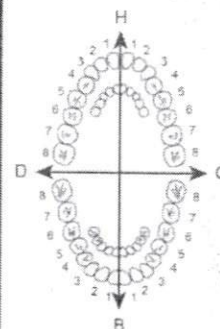
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

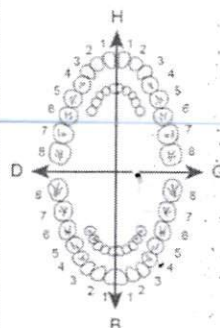
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Date _____

Date: 10/07/20

M. V. Arkonov, Samara.

MODE DE PAIEMENT : ☐ ESPECES ☐ CHEQUE ☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT:.....

Qté	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
01	Vc Famline B3 BOU	20,90	20,90
01	A2 NOO.	60,00	60,00
			<u>80,90</u>
<p>Arrêté la présente facture à La somme de quatre vingt dix francs et 90 centimes</p>			
<p style="text-align: right;"> KAMILI Bouchaib Pharmacie 124, Bd. Mouloudi Alger 0522 33 73 51 062047295 </p>			

VITAMINE D3 B.O.N.®

200 000 UI/1 ml

Cholécalficérol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalficérol (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

26250 LIVRON - FRANCE

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS
ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT
SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE
TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU
À 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 MÉDICAMENT ?

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



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 :

Traitement 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 antibiotiques.

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 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

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

- En raison de la présence de saccharose, de syndrome de malabsorption du glucose, de déficit en lactase, de déficit en sucrase-

- La suspension AZ[®] contient du sel

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

- 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 2^e trimestre de la grossesse en cas de besoin.

Allaitement :

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.

EFFETS 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, pancéatite, 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 cholestatique.
 - Rash cutané, photosensibilité, urticaire, prurit.
 - Arthralgies.

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

SURDOSAGE :

Conduite à tenir : lavage gastrique et traitement symptomatique.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :

Contre-indiquées :

- Cisapride.
- Dihydroergotamine.
- Ergotamine.

Deconseillées :

- 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 ciclosporine, contrôle de la fonction rénale et adaptation de la

AZ[®] 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60.00 DH

6 118000 190097