

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-479065

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2020

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ASSI ODIKI

MOHAMMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

Lot Melay thami Rue 3 N° 25 OULFA
CASA

Tél. :

06 99 50 91 596

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-479065

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SNOUSSI Dr GHAZI SNOUSSI Ahmed Boujaq Roumane, Essadour Al Jadida Tel: 05 24 79 26 95	24.08.2020	124,20

[illegible][illegible]

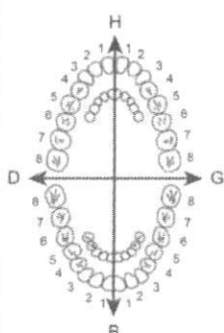
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bon de Devis n°

Date : 29.03.2020

Doit: ASSADELER Mohamed

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziguag Roumane, Essaouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

Réglé par :

TOTAL H.T.	
T.V.A.....%	
T.T.C.	124,20

Arrêtée la Prèsente Facture à la Somme de :

Cent vingt quatre dix-huit et 20 ct

CECI EST UN MEDICAMENT

- Un médicament est un produit, mais non
- Un médicament est un produit qui agit sur non conforme aux prescriptions vous expos
- Respectez rigoureusement l'ordonnance de d'emploi qu'il vous a prescrit.
- Suivez les conseils de votre pharmacien.
- Votre médecin et votre pharmacien conna contre-indications.
- N'arrêtez pas de votre propre initiative le tr prescrite.
- Ne le reprenez pas, n'en augmentez pas les doses sans consulter votre médecin.



44,20

Liste II

NE LAISSEZ JAMAIS LES MEDICAMENTS A PORTEE DE MAIN DES ENFANTS

«إن هذا دواء»

- الدواء مستحضر ولكن ليس كغيره من المستحضرات.
- الدواء مستحضر يؤثر على صحتك واستهلاكه خلافا للتعليمات يعرضك للخطر.
- اتبع بدقة وصفة الطبيب و طريقة الإستعمال المنصوص عليها و تعليمات الصيدلاني الذي صرفها لك.
- فالطبيب و الصيدلاني هما الخبيران بالدواء وينفعه وضرره.
- لا تقطع مدة العلاج المحددة لك من تلقاء نفسك.
- لا تعد، ولا تزد عليها بدون استشارة الطبيب.

لا تترك الأدوية في متناول أيدي الأطفال

FORMES ET PRESENTATIONS :

- Comprimés pelliculés dosés à 250 mg de ciprofloxacine (s.f. de chlorhydrate) : Boîtes de 10 et 20.
- Comprimés pelliculés dosés à 500 mg de ciprofloxacine (s.f. de chlorhydrate) : Boîtes de 2, 10 et 20.

COMPOSITION :

- PROFLOX 250 mg Comprimés : Ciprofloxacine 250 mg Excipients QSP 1 comprimé
- PROFLOX 500 mg Comprimés : Ciprofloxacine 500 mg Excipients QSP 1 comprimé

PROPRIETES :

Antibiotique de la famille des fluoroquinolones.

INDICATIONS :

PROFLOX® est indiqué dans le traitement des infections à germes sensibles, notamment :

- Infections des voies respiratoires basses dues à des bactéries à Gram - ;
- Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive ;
- Infections bronchopulmonaires en cas de mucoviscidose ou de broncheectasie ;
- Pneumonie.

- Otite moyenne chronique purulente et Otite maligne externe.
- Exacerbation aigue de sinusite chronique, en particulier due à des bactéries à Gram +.
- Infections urinaires.
- Urétrite et cervicite gonococciques.

Orchi-épididymite y compris les infections dues à *Neisseria gonorrhoeae*.

Lorsque les infections de l'appareil génital citées ci-dessus sont suspectées ou confirmées à *Neisseria gonorrhoeae*, il est particulièrement important de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale de cette bactérie à la ciprofloxacine et de confirmer sa sensibilité à l'antibiotique par des tests microbiologiques.

- Infections gastro-intestinales (par exemple, diarrhée du voyageur).
- Infections intra-abdominales.
- Infections de la peau et des parties molles dues à des bactéries à Gram -.
- Infections ostéoarticulaires.

- Traitement des infections et prophylaxie anti-infectieuse chez les patients neutropéniques.
- Prophylaxie des infections invasives à *Neisseria meningitidis*.
- Maladie du charbon (prophylaxie après exposition et traitement curatif).

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à la substance active, aux autres quinolones ou à l'un des excipients.
- Administration concomitante de ciprofloxacine et de téizanidine.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

La posologie et la durée du traitement seront définies selon la sévérité de la maladie et de l'évolution clinique et bactériologique. Se conformer strictement à la prescription du médecin.

Sauf prescription contraire, les doses recommandées sont les suivantes :

- Infections respiratoires (selon sévérité et germe responsable) : 2 comprimés à 250 mg à 2 comprimés à 500 mg/jour.
- Agues, non compliqués : 2 comprimés à 125 mg à 1 ou 2 comprimés à 250 mg/jour.
- Cystite chez la femme non ménopausée : dose unique de 250 mg/jour.
- Compliqués : 2 comprimés à 250 mg à 2 comprimés à 500 mg/jour.

- Gonorrhée :

- Extragénitale : 2 comprimés à 125 mg/jour.
- Aigue, non compliquée : dose unique de 250 mg/jour.
- Diarrhée : 1 à 2 comprimés à 500 mg/jour.
- Autres infections : 2 comprimés à 500 mg/jour.

- Infections particulièrement sévères, mettant en jeu le pronostic vital, p.ex.-pneumonie à streptocoques : infections récurrentes en cas de mucoviscidose, infections osseuses et périostite. La posologie est : 2 x 750 mg/jour (soit 1 comprimé à 500 mg + 1 comprimé à 250 mg) 2 fois par jour. En particulier en présence de souches de *Pseudomonas aeruginosa*.

Contre-indications :

Chez les sujets âgés, la dose doit être aussi faible que possible, en tenant compte de la sévérité de l'infection et de la clairance de la créatinine.

Mode d'administration :

Voie orale. Prendre les comprimés entiers, avec un verre d'eau.

SURDOSAGE :

Des cas d'insuffisance rénale aiguë réversibles ont été rapportés en cas d'ingestion volontaire massive.

