

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 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-479065

par
pour

ND 42403

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSILOOKI

MOHAMMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

Lot Malay-thami Rue 3 N° 25 OULFA
ASA

Tél. :

06 99 899 596

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 ce présent déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

2020
MUPRAS

Le : 10/01/2010

ACCUEIL

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 :

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
PHARMACIE SNOUSSI Doc. sur GHAZI SNOUSSI Ahmed 22 Quaq Roumane Essaouira Al Jadida Tel: 05 24 79 26 95	24.08.2020	124,20

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la maladie 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 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				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziquaq Roumane, Essaouira Al Jadida

Date : 24/07/2020

FACTURE N° 0115541

Doit : Assaddik Mohamed.

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
01 Profflo 500	01	80,00	80,00
01 Niprodifel	01	44,20	44,20

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

Réglé par :

TOTAL H.T.	
T.V.A.....%	
T.T.C.	164,20

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Cent vingt quatre dirhams et 20 cts

9 118000 370136
Naprogel gel 10%, tube de 50g

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 connaissent contre-indications.
- N'arrêtez pas de votre propre initiative le traitement prescrit.
- 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 كفيرة من المستحضرات.
- الدواء مستحضر يؤثر على صحتك واستهلاكه خلافاً للتعليمات يعرضك للخطر.
- اتبع بدقة وصفة الطبيب وطريقة الإستعمال المنصوص عليها وتعليمات الصيدلاني الذي صرفها لك.
- فالطبيب والصيدلاني هما الخبران 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



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques

A19960
Fleximat

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

- Comprimés pelliculés doses à 250 mg de ciprofloxacin (s.f. de chlorhydrate) : Boîtes de 10 et 20.

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

COMPOSITION :

PROFLOX 250 mg Comprimés :

Ciprofloxacine 250 mg
Excipients QSP 1 comprimé

PROPRIÉTÉS :

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 bronchectasie;
- Pneumonie.
- Otite moyenne chronique purulente et Otitis maligne externe.
- Exacerbation aigüe de sinusite chronique, en particulier due à des bactéries à Gram -.
- Infections urinaires.
- Urétrite et cervicite gonococciques.
- Orchit-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 tizanidine.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS 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.
- Infections urinaires :

- Aigues, non compliquées : 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.
- Compliquées : 2 comprimés à 250 mg à 2 comprimés à 500 mg/jour.

Gonorrhée :

- Extragenitale : 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 ostéoprotéiques. La posologie est : 2 à 250 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*.

Sutés, âges :

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.

SURDOSEAGE :

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

PROFLOX®

Ciprofloxacine 250 mg - 500 mg

DPO
Ciprofloxacine
Boîte de 1

Proflox 500mg
PPU: 80,00DH

18000 191056