

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

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° M21- 0015592

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8806 Société : 60161
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : ZACUI Mohel
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-015592

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 :

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° W19-498264

C.A

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8806 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAOUI MOHAMED

Date de naissance : 18-08-1967

Adresse : Rue 3 N°21 HOUZIA
SIDI MOHAMMED EN CASA

Tél. : 0661421666 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **DR KADA Nizar**

Cachet du médecin : **Médecin Généraliste**
Complexe Résidentiel la Vierge
GH 3 Immeuble 13 Apt 1 Sid
Moumen Casablanca

Date de consultation : 20 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : ZAOUI MOHAMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Nigraire + Brucellose

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) :

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
20/11/2020			150,00	INP : 09111736112 Dr KADA Nizar Médecin Généraliste Complexe Résidentiel la Vierge GH 3 Immeuble 13 Apt 1 Side Moumen Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/20	331,90

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	

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale الطب العام
Echographie الفحص بالصدى
ECG التخطيط الكهربائي للقلب



Docteur Nizar KADA
الدكتور نزار قادا
خريج كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 20/11/2020 : الدار البيضاء في

ZAOUI. MOHAMED

- 157.20
95.00
79.70
331.90
- **Migrax 10 mg**
1 comprimé le matin pendant 6 jours.
 - **EXTRAMAG**
1 Comprimé, matin, pendant , 1 mois
 - **Zithromax 500 mg**
1 Comprimé, midi, pendant , 3 jours



إقامة جنان الزهور، العمارة 13 رقم 1
(الطابق السفلي) سيدي مومن - البيضاء

Résidence La Verdure, Imm 13,
N°1 (RDC) Sidi Moumen
Casablanca

E-mail : kada.nizar@gmail.com

Dr. Nizar KADA
Médecin Généraliste
Complexe Résidentiel La Verdure
GH 3 Imm 13 April 1990
Moumen Casablanca

Tél : 0522701020

الرجاء فرامة كل هذه النشرة بتمعن قبل تناول هذا الدواء.
احتفظ بهذه النشرة، يمكن أن تحتاج لقراءتها مرة أخرى.
إذا كنت لديك أي سؤال أو ساورك أدنى شك، اعط الميزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.
وصف لك هذا الدواء أنت شخص، فلا تعطيه أبدا لأي شخص آخر، حتى في حالة تشابه الأعراض، لأن ذلك يمكن أن يكون ممثرا له.
إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرفوب فيها خطيرا أو إذا حصلت أي تأثير غير مرفوب فيه أو يتم ذكره في النشرة، تحدث بشأن ذلك إلى الطبيب أو الصيدلي.

التوكيد :
للمادة الفعالة :
بنزوات ريزوترينان
ما يعادل ريزوترينان
بنزوات ريزوترينان
بنزوات ريزوترينان
ما يعادل ريزوترينان
للمكونات الأخرى هي : سولوز مجهري للتبر، نشأ الذرة، نشأ ثعلب مسيل، ماء مصل، سيترات المغنسيوم، أكسيد الحديد الأصفر.
الشكل والتقديم :
أفراص، غلبة تحتوي على 6 أفراص.
الصف الصيدلي العلاجي :
مضاد لداء الشقيقة، مادة ناعمة انتفاخية قادرة على إطلاق أو إثارة فعل حيوي باريتاجيا يستقبلات 5-HT₂، رمز أ.ت.س. 02مج04.

دواعي الاستعمال :
علاج مرحلة التواء الشقيقة لدى البالغين مع أو بدونها.

نواحي الاستعمال :
لا تتناولوا أبدا ميكرتيكس[®]، قرص، في الحالات التالية :

إذا كانت لديكم حساسية (حساسية شديدة) لنزوات ريزوترينان أو أحد المركبات الأخرى التي يحتوي عليها ميكرتيكس[®].
إذا كنتم تعالون من فرط ضغط الدم المعتمد أو الواسع، فرط ضغط الدم الخفيف الذي تم تداركه بمرافقه بواسطة علاج.
إذا كنتم تعالون أو سبق لكم أن تعالين من مرض القلب، على سبيل المثال نوبة قلبية أو ألم في الصدر (ذبحة صدرية) أو إذا عالين فعلا من أمراض مرض القلب (مرض من وعائي محيطي).
إذا كنتم تعالون من مرض من خطر في الكبد أو الكلى.
إذا سبق لكم أن عالين من حالة وعائية دماغية أو حادة إقفارية (فقر الدم) عابرة.
إذا كنتم تعالون من مشكلات استرجاع الترابين (مرض وعائي محيطي).
إذا تتناولون مضادات إيزيم أكسيداز ألدني مثل موكسوميدي، فيلبرين، ترياسيرون أو باريفلين (أدوية تستعمل في علاج الاكتئاب) أو نيتروجلي (مضاد حيوي) أو إذا توفقتن من تناول مضطبات إيزيم أكسيداز ألدني في أقل من أسبوعين.
إذا كنتم تتناولون أدوية من نوع إريغوتامين أو شاشي هيدروإريغوتامين من أجل علاج الشقيقة أو ميتيسريد من أجل الوقاية من نوبة الشقيقة.

إذا كنتم تتناولون أدوية أخرى من نفس الصنف مثل سوماتريتان، فارتازان أو روكسيتريتان من أجل علاج الشقيقة.
إذا كنتم متعنيين بإحدى هذه الحالات، أطبوا انصح من الطبيب ولا تتناولوا ميكرتيكس[®].

تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال :

ألم، داء السكري، التعدين أو إذا كنتم تتناولون بدائل البكتين
4 سنة أو امرأة يفتن من اليأس

في الحركات أو ضعف في عضلات الذراع أو الساق
فون.

أو ألم الحلق والتي يمكن أن تؤدي إلى صعوبة في التنفس أو البلع

Lot N°: 0000262
Per : 26/11/19
Fab : 11/2022
PPV : 157,20



استعمال الدواء لدى المرضى الذين يتجاوز سنهم 65 سنة :

لا توجد دراسات شاملة حول سلامة استعمال ميكرتيكس[®] وفعاليتته لدى المرضى الذين يتجاوز سنهم 65 سنة.

سبب الحركات واستعمال الآلات :

يمكن أن تشعروا بالتعب أو الدوار عند تناول ميكرتيكس[®]. فإذا وقع ذلك، لا تقوموا بسباق الحركات أو استعمال الآلات.

الرجعات وكيفية الاستعمال :

يستعمل كمسكنات لعلاج نوبة الشقيقة. تناولوا ميكرتيكس[®]، بأكثر سرعة ممكنة بمجرد ظهور النوبة. لا تستعملوه من أجل الوقاية من نوبة.
إذا كنتم تتناولون ميكرتيكس[®] دائما وبالميل على الطريقة التي يبينها لكم الطبيب، يجب أن تأكدوا من ذلك مع الطبيب أو الصيدلي إذا لم تكونوا متأكدين.

تبلغ الجرعة المعتادة 10 ملغ في اليوم.

إذا كنتم تتناولون حاليا ريزوترينان أو في حالة مرض الكبد أو الكلى، يجب عليكم تناول جرعة تحتوي على 5 ملغ من ميكرتيكس[®].
يجب عليكم أن تتفروا على الأقل ساعتين بين تناول ريزوترينان و ميكرتيكس[®] مع جرعتين من ميكرتيكس[®]. كحد أقصى كل 24 ساعة.
يجب بلي ميكرتيكس[®] قرص (بنزوات ريزوترينان) بالتكامل مع مشروب.

ميكرتيكس[®] متوفر أيضا في شكل محفط يتم تناوله غير الفم يحتوي على 5 ملغ أو 10 ملغ وبنوب في الفم. يجب استعمال المحفط في حالات لا تكون فيها لمشروبات متوفرة يتم من أجل فنادي الغثيان والتقيؤ اللذين يمكن أن يرافقا ابتلاع الأقراص مع السوائل.

إذا ظهرت الشقيقة مرة أخرى في غضون الأربع وعشرين ساعة :

لدى بعض المرضى، يمكن لأعراض الشقيقة أن تظهر من جديد في غضون الأربع وعشرين ساعة. فإذا ظهرت لديكم الشقيقة مرة أخرى، يمكنكم تناول جرعة إضافية من ميكرتيكس[®]. يجب عليكم دائما أن تتفروا على الأقل ساعتين بين كل تناول للدواء.

إذا استمرت الشقيقة بعد ساعتين :

إذا لم تستجيبوا عند تناول الجرعة الأولى من ميكرتيكس[®]، خلال نوبة، يجب ألا تتناولوا جرعة ثانية من ميكرتيكس[®] بهدف علاج نفس النوبة. غير أنه من المحتمل أن تستجيبوا ميكرتيكس[®] عند النوبة المقبلة.

لا تتناولوا أكثر من جرعتين من ميكرتيكس[®] في غضون أربع وعشرين ساعة (على سبيل المثال، محفطين عن طريق الفم أو قرصين يحتويان على 5 ملغ أو 10 ملغ خلال 24 ساعة). يجب عليكم دائما أن تتفروا على الأقل ساعتين بين كل تناول للدواء. إذا تفاقمت حالتكم، عليكم طلب رأي الطبيب.

الإفراط في تناول الجرعات :

إذا تناولتم ميكرتيكس[®]، قرص، أكثر من اللازم :

إذا افراطتم في تناول ميكرتيكس[®]، أخبروا الطبيب أو الصيدلي فوراً. خذوا التبعة معكم.

يمكن أن تظم أعراض الإفراط في تناول الجرعات الدوار، الغثيان، القيء، الإسهال أو بطء نظم القلب.

إذا كانت لديكم ألسنة آسود، حول استعمال هذا الدواء، اطبوا الميزيد من معلومات من الطبيب أو الصيدلي.

التأثيرات غير المرفوب فيها :

شأنه في ذلك شأن كل الأدوية، يمكن لميكرتيكس[®] قرص أن يحدث تأثيرات غير مرفوب فيها وإن كان ذلك لا يعني أن كل المرضى سيصابون بها.

يمكن للتأثيرات التالية أن تحدث مع هذا الدواء.

خلال الدراسات التي أجريت على البالغين، تمثنت التأثيرات غير المرفوب فيها الأكثر وقوعا والتي تم التبليغ عنها في الدوار والتعب والتعب.

تأثيرات غير مرفوب فيها كنتيجة للوعوق (تصيب أكثر من شخص واحد من بين 10 أشخاص) :

إحساس بالتعب (مذل)، ألم في الرأس (تصب حساسية الجلد (نقص الحس)، نقص في البصيرة، الغثيان، ارتعاش.

ضربات سريعة (تصب متعطلة (مفقلان)، ضعف نظم القلب (تسرع القلب).

احمرار الوجه لمدة قصيرة، حياء الحرارة، تعرق.

إزعاج على مستوى الحلق، صعوبة في التنفس (ضيق النفس).

شعور بالتعب (غثيان)، جفاف الفم، تقيؤ، إسهال.

شعور بالتثقل في كل طرف من أطراف الجسم.

ألم في البطن أو الصدر.

طفح جلدي معتدل.

تأثيرات غير مرفوب فيها قليلة الوقوع (تصيب أقل من شخص واحد من بين 100) :

صعوبات في تنسيق الحركات أثناء المشي (الاضطراب الحركة، دوار (دوخة)، رؤية مضطربة.

اختلال ذهني، أرق، غصبة.

ارتفاع ضغط الدم، غثاس، ضرب الهض.

حكة وطفح جلدي معتدل محبب (شرى)، لقاقل حساسي (حساسية شديدة)، انتفاخ الوجه والغثين واللسان وآل الحلق والذي يمكن أن يؤدي إلى صعوبة في التنفس وآل البلع (وذمة وعائية غصبة).

ألم في الحلق، ضيق موضعي، تصلب، ضعف العضلات.

تأثيرات غير مرفوب فيها نادرة الوقوع (تصيب أقل من شخص واحد من بين 1000) :

تغير اللون.

فقد الوعي (غشي)، متلازمة سيروتونينية للمعقول التي يمكن أن تسبب في غيبوبة، تور شرياني غير عسفر، حمى مرتفعة جدا، فقدان

زيتروماكس*

أزيتروميسين

أقراص - مزيج معلق للشرب - أكياس (مسحوق لمزيج معلق للشرب)

Pfizer

تعليمات علاجية :

زيتروماكس مضاد حيوي من صنف الأزيد منسوب للماكروليد. زيتروماكس له فعالية على التعفنات الناجمة عن جرثيم يؤثر عليها.

مضادات الاستطباب :

- حساسية للأزيتروميسين أو أي ماكروليد.
- ضعف في وظيفة الكبد.

تنبيه :

- في حالة أي ردود فعل حساسية (طفح جلدي، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب أن
حساسية عند الاستطباب بالمضادات الحيوية من صنف الماكروليد - لا يجب استعمال هذا الدواء عند
أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجهور.

احتياطات الاستعمال :

- يجب إحاطة علم الطبيب المعالج في حالة :
- ضعف في وظيفة الكبد.
- ردود فعل حساسية.
- اضطرابات جلدية ناجمة عن حالة حساسية.
- حالة حمل.
- حالة رضاع.
- أخذ أدوية أخرى في آن واحد.

التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، قيء، إسهال وأوجاع بطنية.
- ردود فعل حساسية : حكة، طفح جلدي أو دهاكونيك.

المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.
- للأطفال الذين يقل وزنهم عن 45 كغ : 10 ملغ/كغ/وزن يوميا مدة 3 أيام.

UT.AV. :

08 2022

P.P.V.

LOT N° :

1295682

79 70

79,70

09366030/4

لج باي
بد -