

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 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 ALP :

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'Hôpital
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007049

80694

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1168 Société : R. A. M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMAHDI Mohamed

Date de naissance : 1-1-1950

Adresse : 11B Rue Tanger Cité de l'Air

Nouveau -

Tél. 0666 03 4167 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SERBOUTI NAJAT
Délégation de Santé
Nouveau Casablanca
Centre de Santé Nouveau

Date de consultation : 03/08/2021

Nom et prénom du malade : BOUMAHDI MOHAMED

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

Nature de la maladie : Hypercholestérolémie

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) :



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
31/8/2021				Docteur SERREOUTI NAJAT Délégation de Santé Nouaceur Casablanca Centre de Santé Nouaceur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAJOUAD 46, Centre Commercial Derqus Tél: 0522 53 21 71 Fax: 0522 53 25 10	03/08/21	296,40
	04/08/21	79,40

INPE: 062021134

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

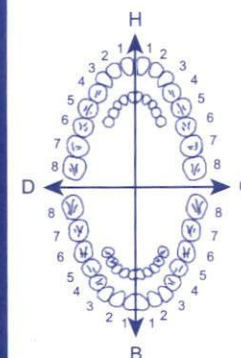
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

ROYAUME DU MAROC

ministère de la santé

Délégation Province de Nouacéur



المملكة المغربية

وزارة الصحة

مندوبية إقليم النواصر

ORDONNANCE

A

le

3/8/2021.

Mr BAUMANNI Moul.

03 x 31.30

M

Zyloric 200.



202,50

1

eply

x 300mg

4

duerga 3

1

up



296,40

PHARMAGIE DEROUA
EL HAÏK FOUAD
PHARMACIEN
46, Centre Commercial Derbua
Tél: 0522 53 55 10 / 0522 53 55 11



LOT 210517
EXP 03 2025
PPV 31.30



LOT 210517
EXP 03 2025
PPV 31.30



LOT 210517
EXP 03 2025
PPV 31.30



AZITHRIX 500 mg, comprimé pelliculé en boîte de 3.
DCI : azithromycine.

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament :

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Azithromycine : 500 mg par comprimé pelliculé (sous forme azithromycine dihydratée).

Composition qualitative en excipients :

Phosphate de calcium anhydre dibasique, amidon de maïs pré-gélatinisé, amidon glycolate de sodium, stéarate de magnésium, Opadry y-1-7000 blanc.

Excipients à effet notoire :

Sans objet.

2. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

3. Indications thérapeutiques :

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

4. Posologie :

Mode d'administration :

Voie orale.

Prendre le comprimé avec un verre d'eau.

Les comprimés peuvent être pris pendant ou en dehors des repas, en une seule prise par jour.

Durée du traitement :

La durée du traitement est de :

- 3 jours pour le traitement de certaines angines et des infections bucco-dentaires,

- 5 jours pour le traitement des bronchites.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé. La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas que vous êtes complètement guéri.

L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

Fréquence d'administration :

Suivez ces instructions à moins que votre médecin ne vous ait donné d'autres indications. Pensez à ne pas oublier de prendre votre médicament. Votre médecin vous indiquera la durée du traitement de Azithrix 500 mg, comprimé pelliculé.

Suspendez pas le traitement avant son terme puisqu'il existe un risque de récidive de la maladie.

Contre-indications :

Ne prenez jamais Azithrix 500 mg, comprimé pelliculé :

• si vous êtes allergique à ce médicament, à l'érythromycine, à tout autre

7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Faites attention avec Azithrix 500 mg, comprimé pelliculé :



• en concomitance avec des traitements allongeant l'intervalle QT : notamment certains médicaments antiarythmiques (ex : quinidine, amiodarone, sotalol), les antipsychotiques (ex : phénothiazines, pimozide), les antidépresseurs tricycliques (ex : citalopram) ou encore d'autres antibiotiques (ex : moxifloxacin, lévofloxacin).

8. Interactions :

Interactions avec d'autres médicaments :

Ce médicament est contre-indiqué en association avec la dihydroergotamine, l'ergotamine, le cisapride et la colchicine (voir « Contre-indication »).

Afin d'éviter d'éventuelles interactions avec plusieurs médicaments, et notamment la bromocriptine (médicament contre la montée de lait, contre la maladie de Parkinson), la cabergoline (médicament contre l'excès de prolactine-hormone provoquant la lactation), le pergolide (médicament indiqué dans le traitement de la maladie de Parkinson ou contre l'excès de prolactine-hormone provoquant la lactation), l'atorvastatine et la simvastatine (médicaments pour baisser le taux de cholestérol), la colospirine (médicaments pour baisser le taux de cholestérol), la digoxine (médicament utilisé dans certains troubles du cœur), les médicaments pouvant provoquer des torsades de pointe (trouble du rythme cardiaque) et les antivitamines K (médicament empêchant la coagulation du sang), il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

Interactions avec les aliments et les boissons :

Sans objet.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :

Sans objet.

9. Utilisation en cas de grossesse et d'allaitement :

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant les trois premiers mois de la grossesse. A partir du début du 4^{ème} mois de la grossesse, ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin.



الحایک فواد
صیدائی

الدروة الفواصر ط ر 7
بين مديونة و برشيد
الهاتف:

الماتف :

Deruoa, le

الحدوة في

M

السود

Quantité	DESINATION	P. U.	TOTAL
21	Azi 1 litre 500 g		7970
01			

PHARMACIE DERTUA
EL HAIR EOUAD
PHARMACIEN
10, Centre Commercial Dertou
Tél. 0622 55 21 77 / Fax 0622 55 21 70