

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895

Société :

(124809)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENACHIRI HASSAN

Date de naissance : 1948

Adresse :

Idem

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) : .....

## 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/2022	85,10

## **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
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

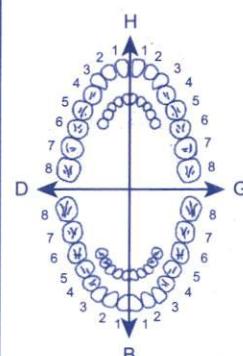
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	G
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553



**(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**

PHARMACIE NOUVELLE CASA SARLAU  
BOUZOUBAA KARIM  
16. BD DE LA LIBERTÉ.

Tél : 0522314717

07/07/2022

BENCHEROUN TOURIA



**FACTURE N° : 78749 du 07/07/2022**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	MYK 1% CREME	39,60	39,60	7%
1	CETAMYL 300 MG BT/10 SUPPO	10,20	10,20	7%
1	BRUFEN 400 MG BT/30 CPS	35,30	35,30	7%
<b>Total TTC</b>				<b>85,10</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATRE-VINGT CINQ DIRHAMS ET DIX CTS



	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	79,53	5,57	85,10
		79,53	5,57	85,10



٥٠٠ ملغم



١٠٠٤٥ × ٢٠

JH  
sable  
مخترنات  
a - Maroc

يرجى قراءة الفحارة كاملاً  
يجب دائماً تناول هذا الدواء مع الماء  
حافظوا على هذه النشرة، قد تحتاجون لها  
إذا كان لديك أي أستئن، إذا كان لديك أي سرقة  
إذا واجهت أي آثار جانبية، تحدث مع طبيباً أو الصيدلي المذكور في  
ينبغي الرجوع إلى الطبيب إذا لم تشعر بتحسن أو إذا شعرت بتدهور حالتك الصحية بعد 3 أيام في حالة الحمى أو 5 أيام في  
حالة الألم.

على ما تحتويه هذه النشرة؟

١. ماهو سيتاميل (٥٠٠ ملغم) وما هي الحالات التي يستعمل فيها؟
٢. ماهي المعلومات التي يجب عليك معرفتها قبل إستعمال سيتاميل (٥٠٠ ملغم)؟
٣. كيفية تجويف سيميل (٥٠٠ ملغم)؟
٤. ماهي التأثيرات побكرة المرغوب فيها؟
٥. طريقة الحفظ؟
٦. معلومات إضافية

١. ماهو سوتاميل (٥٠٠ ملغم) وما هي الحالات التي يستعمل فيها؟

سيتاميل (٥٠٠ ملغم) مؤسس من باراسيتامول ٥ ومسكن للألم ومانع للحمى (مخفض للحمى).  
سيتاميل (٥٠٠ ملغم) لا يمارس أي فعل ضار على مستوى المخاط المعدني كما يمكن إستعماله عند المصابين بالقرحة المعدية.

علاج عرض للألم الخفيف الحدة، إلى حد معتدلة / أو حالات الحمى.

٢. ماهي المعلومات التي يجب عليك معرفتها قبل إستعمال سيميل (٥٠٠ ملغم)؟

- تحسن لباراسيتامول أو لأحد المكونات.  
قصور نساج الكبد الخلوي أو أمراض الكبد الجسيمة.

التحذيرات والاحتياطات عند الاستعمال:

سيتاميل (٥٠٠ ملغم) أقراص لا ينصح به للطفل الذي سنه أقل من ٦ سنوات بسبب مخاطر المسلك الناطن.  
في حالة بيلة الفينيل كيتون (مرض ولائي الكشف عند الولادة)، سبب وجود الأسباراتام.

لاجتناب حدوث الجرعة المفرطة: - راقبوا عدم وجود الباراسيتامول في تركيبة أدوية أخرى: - إحترام الجرعة القصوى الموصى بها: الجرعة القصوى الموصى بها:

- الطفل الذي وزنه أقل من ٤٠ كلغ: الجرعة الكلية من الباراسيتامول يجب أن لا تتجاوز ٨٠ ملغم/كلغ في اليوم;

- الطفل الذي وزنه ما بين ٤١ و ٥٠ كلغ: الجرعة الكلية من الباراسيتامول يجب أن لا تزيد عن ٣ غرامات في اليوم;

- البالغ والطفل الذي وزنه أكثر من ٥٠ كلغ: الجرعة الكلية من الباراسيتامول يجب أن لا تزيد عن ٤ غرامات في اليوم:  
- عند الأطفال المعالجين بـ: ٦٠ ملغم/كلغ في اليوم من الباراسيتامول، الإشراك مع أحد مضادات الحمى غير مبرر إلا في حالة عدم النجاعة.

- في حالة إكتشاف مرض الكبد الوبائي الحاد يجدز إيقاف العلاج.

- المسحوق القموي / الفقفة: يحتوي على الساكاروز لا ينصح بإستعماله عند المرضى المتمثل لديهم عدم إحتمال الفريكتوز، سوء إمتصاص الكلوكوز أو كللاكتوز، المترانمن، أو نفس من السوكراز / إيزومالتاز (مرض ولائي نادر).

- القرص الفوار واللفافة: وضع في الحسابان درجة الصوديوم عند المصابين الذين يتبعون الحمية الصارمة لنقص الصوديوم - قرص ٥٠٠ ملغم يحتوي على الالاكتوز: لا ينصح بإستعماله عند المصابين الذين يهتمون عدم إحتمال الكالاكتوز، أو تزامن سوء إمتصاص الكلوكوز أو الكللاكتوز (مرض ولائي نادر).

- يحتوي سيميل (٥٠٠ ملغم) فواراة على مانيتول، يمكن أن يسبب اضطرابات في الجهاز الهضمي (الإسهال)، كما يحتوي على الموديوم، يؤخذ يعني الإعتبرات اتباع الأشخاص نظام غذائي صارم منخفض في الملح.

- في حالة القصور الكبدي الخلوي الطيفي، الإدمان على الكحول أو الإجتلاف عند البالغ الذي يقل وزنه عن ٥٠ كلغ، الجرعة اليومية لا يجب أن تفوق ٣ غرامات أي ما يعادل ٦ أقراص أو ٦ لفائف / اليوم من فئة ٥٠٠ ملغم.

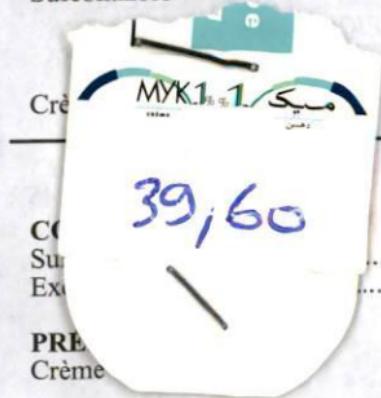
عند الإرتياض استشيروا طبيكم أو الصيدلاني.

سيتاميل (٥٠٠ ملغم) هو دواء، لا يترك في متناول الأطفال.

الأطفال والمرأهقين: لا يوجد التداخل الدوائي:

# MYK® 1%

Sulconazole



## INDICATIONS

Ce médicament est un antifongique et un antibactérien de la famille des imidazolés. Ce médicament est préconisé dans le traitement ou le traitement d'appoint pour certaines affections cutanées ou des muqueuses (mycoses).

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans le cas suivant :

- hypersensibilité à l'un des composants.

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

## MISE EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### MISE EN GARDE

Un traitement sur de grandes surfaces, sur une peau lésée, sous occlusion ou en couche épaisse, en raison du passage de l'antifongique dans la circulation générale, peut entraîner des effets systémiques. Ces effets sont particulièrement à craindre chez les nourrissons et les enfants en bas âge, en raison du rapport surface/poids et des phénomènes d'occlusion spontanés dans les plis et au niveau des couches.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

#### Pour usage local seulement.

- S'il apparaît des réactions suggérant une sensibilisation ou de l'irritation, l'utilisation du médicament doit être interrompue.
- Eviter le contact du médicament avec l'oeil.
- Grossesse et allaitement : en raison de suspicion d'effet embryotoxique chez l'animal, il est recommandé de ne pas l'utiliser chez la femme enceinte, de l'éviter chez la femme en période d'allaitement..
- Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorisant la multiplication de candida).