

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0057225

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0006304 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI ABDELJALIL

Date de naissance : 01/04/1954

Adresse : LISSASFA, LOT EL KOUZAMA E1

Tél : 05 22 89 66 15 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/5/2022

Nom et prénom du malade : AHMED ENOUSKI 1994

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : eruptive

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                              |          |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                              | Date     | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE L'EXTENSION</b><br>24 Rue de l'Extension<br>Extension - CASABLANCA<br>Tél: 05 22 22 22 22 | 25.05.22 | 112,10                |
|                                                                                                        |          |                       |
|                                                                                                        |          |                       |
|                                                                                                        |          |                       |
|                                                                                                        |          |                       |

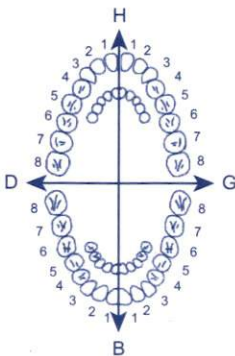
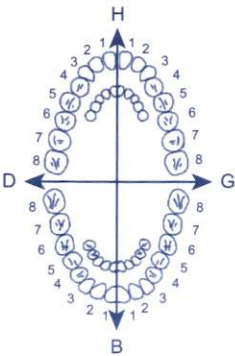
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

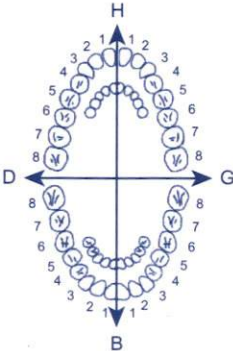
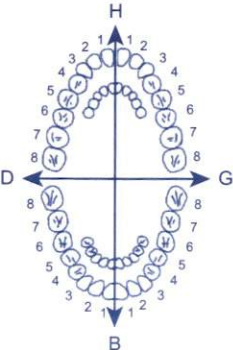
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nature des<br>Soins  | Coefficient |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|----------------------------------------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Montants des Soins <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Début d'exécution <input type="text"/>       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Fin d'exécution <input type="text"/>         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                      |             | H                                            |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       | 25533412<br>00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 21433552<br>00000000 |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | G                    |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000<br>35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00000000<br>11433553 |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Montants des Soins <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Date du devis <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             | Date de l'exécution <input type="text"/>     |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES                                                                       |                                                                                                                                                                                    | Dents<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins | Coefficient                                  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                    |                                              |                     |                                              | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         |                                                                                                                                                                                    | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                     |                                              |                                              |
|  | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div> |                                              |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                              |                     | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |                                              |
|                                                                                       | [Création, remont, adjonction]<br>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 L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Le 25/5/2022

Mr. AHMED ENOUS KI

72.40

1 Flw hph 500g

2g L x 2.15 pt 85



39.70

2. Fucidin cream

Am 15



112.10

PHARMACIE L'ENTENSION  
24 Rue 8 Mars  
Ergo - 22000 L'ANCA  
Tel 05 22 00 43 49



500 مغ

فلوستاف<sup>®</sup>

فلوكلوكساسيلين

مضاد لستافيلوكوك

LOT : 628

PER : 07/23

PPV : 72,40 DH

24 برشامة

مختبرات نووفارما





# FLUSTAPH®

## Flucloxacilline

### FORMES ET PRÉSENTATIONS

Gélules 500 mg : boîte de 12 et 24, sous plaquettes thermoformées.

Poudres pour suspension buvable dosées à 125 mg et 250 mg, en flacon de 100 ml.

### COMPOSITION

|                  |           |
|------------------|-----------|
| * Gélules        | 500 mg.   |
| Flucloxacilline  | 1 gélule. |
| Excipient q.s.p. |           |

|                                   |            |            |
|-----------------------------------|------------|------------|
| * Poudres pour suspension buvable | PPS 125 mg | PPS 250 mg |
| Flucloxacilline                   | 125 mg     | 250 mg     |
| Excipient q.s.p.                  | 5 ml       | 5 ml       |

Excipients à effet notoire : Benzoate de sodium, Aspartam, Saccharose et Rouge de cochenille.

### PROPRIÉTÉS

Antibiotique, bactéricide de la famille des bêta-lactamines résistant à la Pénicillinase staphylococcique ainsi qu'à l'activité gastrique.

### INDICATIONS

Elles sont limitées :

- Aux infections dues aux Staphylocoques, notamment dans leurs manifestations :
  - Cutanées;
  - Respiratoires;
  - ORL;
  - Rénales et urogénitales;
  - Osseuses.
- Aux infections méningées (septicémiques et endocardiques, en traitement de relais de la voie injectable).

### CONTRE-INDICATION

Hypersensibilité aux pénicillines.

### EFFETS INDESIRABLES

- Manifestations allergiques : fièvre, urticaire, éosinophilie, œdème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.
- Eruptions cutanées maculopapuleuses d'origine allergique ou non.
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées, rarement colite pseudomembraneuse, ictère cholestatique après administration prolongée qui disparaît à l'arrêt du traitement.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

L'administration se fait par voie orale, de préférence une demi-heure à 1 heure avant les repas. La posologie dépend de l'âge, du poids et de la fonction rénale du patient, tout autant que de la sévérité de l'infection.

Dose habituelle chez l'adulte, y compris les personnes âgées :

**Voie orale** : 250 mg quatre fois par jour.

-Ostéomyélite, endocardite : jusqu'à 8g par jour, divisés en doses toutes les 6 ou 8 heures.

- Prophylaxie chirurgicale : 1 à 2g par voie intraveineuse lors de l'induction de l'anesthésie suivie par 500mg toutes les 6 heures par voie IV, IM ou voie orale et ceci pour une durée allant jusqu'à 72 heures.

Dose habituelle chez les enfants : 2 à 10 ans : moitié de la dose adulte.

Moins de 2 ans : le quart de la dose adulte.

-Posologie en cas d'insuffisance rénale : comme les autres pénicillines, l'utilisation de flucloxacilline chez des patients ayant une insuffisance rénale ne nécessite habituellement pas de réduction de dose. Cependant, en présence d'une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10ml/minutes), une réduction de dose ou une extension de la période entre 2 doses devrait être considérée. La flucloxacilline n'est pas significativement éliminée par dialyse et donc aucune dose supplémentaire n'est nécessaire pendant ou après une dialyse.

### MODE DE CONSERVATION :

- Gélules :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

- Poudres pour suspension buvable :

La suspension garde son activité pendant 7 jours et doit être conservée au réfrigérateur.

Liste I



Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA

Z.I.2 Tit Mellil - Casablanca