

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-669699

228542

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3420 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELAMRANI - ALAL Rachid

Date de naissance : 08-07-1955

Adresse : 170, Grappe 3 AMELKIS TARRAKZEH

Tél. : 0661 137145 Total des frais engagés : 1188,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11-08-2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

GASTRITE APTT

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 : Marrakech

Le : 03/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
15/08/2022	Spécialiste		4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OARIA SYAHIA Dr. LAACOUJI JACUIDA Qaria Syahia, Nakhli Sud Rte Khmias Marrakech - 05 24 38 65 47	11/08/22	782,20

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <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



Casablanca, le

11 AOUT 2022

البيضاء، في

1. De AMRANI 20mgL RACHIN

INEXIUM 20mg
 22 rue zoubair bnou al ouam roches
 INEXIUM

$$2 \times 82,10 = 164,20$$

II. ZELAR 20mg
 22 rue zoubair bnou al ouam roches
 INEXIUM

$$2 \times 192,20 = 384,40$$

III. Flayl 20mg
 22 rue zoubair bnou al ouam roches
 INEXIUM

$$2 \times 49,80 = 99,60$$

IV. Doxyline 20mg
 22 rue zoubair bnou al ouam roches
 INEXIUM

$$2 \times 70,00 = 140,00$$

788,20

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al ouam roches
 INEXIUM

20 mg
 Boîte 14
 640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
 020591

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al ouam roches
 INEXIUM

20 mg
 Boîte 14
 640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
 020591

14
 FLAGYL 500 mg
 CP PEL 820
 P.P.V: 490DH80
 118000 060052

PHARMACIE OAHIA SYAHIA
 Allopathologie • Cosmétologie
 Dr. JAGUIDA JAGUIDA
 3, Oahia Syahia, Nakhil Sui Rte Khmiss
 Marrakech - 05 24 30 65 47

DOXYMYCINE®

(doxycycline)

DOXYMYCINE® 200 mg **10** dispersible

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

Comprimés dosés à 100 mg : Boîte de 10 comprimés
Comprimés dosés à 200 mg : Boîte de 10 comprimés
Comprimés dispersibles dosés à 100 mg : Boîtes de 10 et 30
Comprimés dispersibles dosés à 200 mg : Boîte de 10 comprimés

COMPOSITION

- Comprimés dosés à 100 mg

Doxycycline 100 mg
(sous forme d'hydrate)

Excipients : povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, lactose ... q.s. un comprimé

- Comprimés dosés à 200 mg

Doxycycline 200 mg
(sous forme d'hydrate)

Excipients : povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, lactose ... q.s. un comprimé

- Comprimés dispersibles dosés à 100 mg

Doxycycline 100 mg
(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline q.s. un comprimé dispersible

- Comprimés dispersibles dosés à 200 mg

Doxycycline 200 mg
(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline q.s. un comprimé dispersible

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibactérien de la famille des tétracyclines.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

DOXYMYCINE® est indiquée dans toutes les infections à germes sensibles, en particulier dans leur manifestations :

- Respiratoires et ORL

- Uro-génitales

- Cutanées, Acné

- Ophtalmologiques

- Systémiques

et dans la syphilis en cas d'allergie aux bêta-lactamines

CONTRE-INDICATIONS

DOXYMYCINE® est contre indiquée en particulier chez :

- La femme enceinte ou qui allaite

- Le prématuré, le nourrisson et chez l'enfant de moins de 8 ans

- En cas d'allergie aux tétracyclines

- En cas d'utilisation des rétinoïdes par voie générale

- Lors d'un traitement, l'exposition au soleil ou aux rayons ultra violets sera proscrite en raison du risque phototoxique

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

MISES EN GARDE

Il faut respecter les conditions d'administration.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- A prendre au cours d'un repas avec une quantité d'eau suffisante pour éviter une éventuelle intolérance digestive.

- En raison des risques de photosensibilisation, il est conseillé d'éviter toute exposition directe au soleil et aux U.V. pendant le traitement qui doit être interrompu en cas d'apparition de manifestations cutanées à type d'érythème.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ET NOTAMMENT le phénobarbital, les barbituriques, les antiacides, les rétinoïdes, les anticoagulants oraux, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

PPV 700H00

EXP 08/2023

LOT 14021 1

DOXYMYCINE®

(doxycycline)

DOXYMYCINE® 200 mg **100** dispersible

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

Comprimés dosés à 100 mg : Boîte de 10 comprimés
Comprimés dosés à 200 mg : Boîte de 10 comprimés
Comprimés dispersibles dosés à 100 mg : Boîtes de 10 et 30
Comprimés dispersibles dosés à 200 mg : Boîte de 10 comprimés

COMPOSITION

- Comprimés dosés à 100 mg

Doxycycline 100 mg
(sous forme d'hydrate)

Excipients : povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, lactose ... q.s. un comprimé

- Comprimés dosés à 200 mg

Doxycycline 200 mg
(sous forme d'hydrate)

Excipients : povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, lactose ... q.s. un comprimé

- Comprimés dispersibles dosés à 100 mg

Doxycycline 100 mg
(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline q.s. un comprimé dispersible

- Comprimés dispersibles dosés à 200 mg

Doxycycline 200 mg
(sous forme de monohydrate)

Excipients : calcium phosphate dicalcique, silice colloïdale anhydre, carboxyméthyl amidon sodique, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme citron, cellulose microcristalline q.s. un comprimé dispersible

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibactérien de la famille des tétracyclines.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

DOXYMYCINE® est indiquée dans toutes les infections à germes sensibles, en particulier dans leur manifestations :

- Respiratoires et ORL
- Uro-génitales
- Cutanées, Acné
- Ophtalmologiques
- Systémiques

et dans la syphilis en cas d'allergie aux bêta-lactamines

CONTRE-INDICATIONS

DOXYMYCINE® est contre indiquée en particulier chez :

- La femme enceinte ou qui allaite
- Le prématuré, le nourrisson et chez l'enfant de moins de 8 ans
- En cas d'allergie aux tétracyclines
- En cas d'utilisation des rétinoïdes par voie générale
- Lors d'un traitement, l'exposition au soleil ou aux rayons ultra violets sera proscrite en raison du risque phototoxique

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

MISES EN GARDE

Il faut respecter les conditions d'administration.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- A prendre au cours d'un repas avec une quantité d'eau suffisante pour éviter une éventuelle intolérance digestive.

- En raison des risques de photosensibilisation, il est conseillé d'éviter toute exposition directe au soleil et aux U.V. pendant le traitement qui doit être interrompu en cas d'apparition de manifestations cutanées à type d'érythème.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ET NOTAMMENT le phénobarbital, les barbituriques, les antiacides, les rétinoïdes, les anticoagulants oraux, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

PPV 700H00

EXP 08/2023

LOT 14021 1

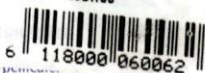
FLAGYL® 500 mg

Métronidazole
Comprimé pelliculé

LOT : 21E2251
PER : 10/2026

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V. : 49DH80



1. IDENTIFICATION

a) Dénomination

FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé

b) Composition :

Métronidazole 500mg.

Excipients : amidon de blé, povidone K 30, stéarate de magnésium, hypromellose, macrogol 20000, pour un comprimé pelliculé.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé, boîte de 20.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTÉRIENS ANTI-PARASITAIRES de la famille des nitro -5- imidazolés.

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

3. ATTENTION !

a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :
- allergie aux médicaments de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
- intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).

• Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).

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

b) Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est déconseillée en raison du risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.

- Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges.

Flagyl® 500mg

Métronidazole

20 comprimés pelliculés



SANOFI

- En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes) ; le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Nelson.

e) Grossesse - Allaitement :

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Eviter l'allaitement pendant la prise de ce médicament.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT, AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

f) Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, attachés à l'emploi de ce médicament.

g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Amidon de blé (gluten).

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

a) Posologie :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de six ans. Chez l'enfant de moins de six ans, il existe des formes pharmaceutiques plus adaptées.

La posologie dépend de l'âge et de l'indication thérapeutique.

À titre indicatif, la posologie usuelle est :

- chez l'adulte : de 0,750 g/jour à 2 g/jour,
 - chez l'enfant : 500 mg/jour à 20 - 40 mg/kg/jour.
- Dans certains cas, votre partenaire doit être impérativement traité, qu'il présente ou non des signes cliniques.
- DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

b) Mode et voie d'administration :

Voie orale.