

# 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

- 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.

M22- 0045001

Optique *AHOZ93*  Autres

Dentaire

Maladie

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9772* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

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 :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :

# conditions générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de journées au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialités

  

SF	= Actes pratiques par la sage-femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiques par la sage-femme
AMM	= Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un Orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle. Il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0291232

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Nouzha Alaoui  
Matricule : 9772 Fonction : chef d'établissement Poste : RAM  
Adresse : Rue El Jazouli, Av des princesses Souissi Rabat  
Tél. : 0661 08 88 44 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient:	Age		
Lien de Parenté avec l'adhérent :	Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Date de la première visite du médecin :	20/11/2022		
Nature de la maladie :	Région Asie		
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances			
A .....	le .....	Signature et cachet du médecin	Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois			

VOLET ADHERENT	N° 0291232	MUPRAS
DECLARATION	Matricule N° : 9772	
Nom du patient :	Nouzha Alaoui	
Date de dépôt :		
Montant engagé	459,90 DH	
Nombre de pièces jointes :	04	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>MAJIPHARMA SARL AU</b> EX. PHARMACIE HYPER Centre Commercial Carrefour Gourmet Rabat - Tél: 05 37 75 55 55	28/11/22	459.90 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 DENTAIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 29/11/2022

Docteur

Juline

1) gum Plastique Nougat

2) 1/2 Aspirin 500 mg

3) 1/2 cp 180 mg sucreux

4) Vita C 1000

5) 1/2 cp 180 mg

6) D ame 100000

7) 1/2 cp 180 mg

8) Zenabrine

9) 1/2 cp 2x180 mg

10) Kendexc 160 mg

11) 2 sachets 1/2 mg

12) Immersed 250 ml

**Vita C 1000\***

PPU 15DH30  
 EXP 04/2025  
 LOT 1D057 38

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22H22  
 EXP: 08/2025.

MAJIPHARMA SARL AU  
 Ex. PHARMACIE HYPER  
 Centre Commercial Carrefour Gourmet  
 Rabat - Tel: 05 37 75 55 55

T= 459.90

LOT : 22E006  
 PER : 02/2024  
 P.P.V : 35DH70  
 KARDEGIC 160 MG  
 SACHETS B30  
 s 118001 081189

Pr. MOULINE Soumaya  
 Spécialiste en Pneumatologie  
 et Allergologie  
 INPE 10110120  
 hzma.ma

# AZIX®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchites);

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydiales);

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine;

- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) au cours de traitement doit être signalée.

- Signaler au médecin traitant toute réaction survenue lors de traitements par les antibiotiques.

- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association au rifampicine ou au rifabutine n'est pas recommandée.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L357



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Ain Sébaa - Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

# AZIX®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchites);

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydiales);

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine;

- Insuffisance hépatique sévère.

## MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) au cours de traitement doit être signalée.

- Signaler au médecin traitant toute réaction survenue lors de traitements par les antibiotiques.

- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association au rifampicine ou au rifabutine n'est pas recommandée.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L357



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Ain Sébaa - Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

# ZINASKIN®

(Sulfate de zinc)

## DENOMINATION DU MEDICAMENT

ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents, boîte de

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice a de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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.

### Que contient cette notice?

1. Qu'est-ce que ZINASKIN® ?
2. Quelles sont les informations sur ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents ?
3. Comment utiliser ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents ?
4. Quels sont les effets indésirables possibles ?
5. Comment conserver ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents ?
6. Informations supplémentaires.

### 1- QU'EST-CE QUE LES COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUOI?

- Classe pharmaco-thérapeutique : Classe pharmacothérapeutique systémique.

Code ATC : D10BX (D : Dermatologiques). Ce médicament contient du zinc.

### 2- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- Acné,
- Séborrhée,
- Pelade,
- Chute de cheveux,
- Psoriasis,
- Aphthose,
- Eczéma atopique ou chronique.

### 2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

#### - Ne prenez jamais ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents (Contre-indications)

Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

#### - Faites attention avec ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescents (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

• Afin d'obtenir une absorption maximale, ZINASKIN® doit être pris à distance des repas.

• Ce médicament contient 413,71 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

• En raison de la présence du saccharose, ce médicament ne peut être administré en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

Saccharose : 0,350 g par comprimé chez les patients diabétiques.

#### - Prises d'autres médicaments et médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous avez récemment pris ou pourriez prendre particulier le fer, le calcium, les cyclines ou des fluoroquinolones, le magnésium.

#### - Aliments et boissons (Interactions)

• Les aliments à forte teneur en fibres (légumineuses, petits pois, lentilles, sésame, avoine...) peuvent réduire la吸收 du zinc ce qui diminue son absorption.

## ZINASKIN® 45 mg

20 comprimés effervescents



6 118000 032090

Aller à la page

## ZINASKIN® 45 mg

PPU 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 54

20 comprimés effervescents

Dans tous les cas, se conformer strictement aux instructions du médecin. A titre indicatif, la posologie est de 1 comprimé par jour.

#### ZINASKIN® peut être utilisé lors de l'application de la crème :

#### Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent dans une tasse d'eau. A prendre à distance des repas (au moins 1 heure) et à jeun, car le bol alimentaire réduit l'absorption.

- Si vous avez pris plus de 2 comprimés effervescents que vous n'auriez dû en cas de surdosage)

Consultez immédiatement votre médecin.

- Si vous oubliez de prendre un comprimé effervescent (Conduite à tenir en cas d'oubli)

Ne prenez pas de dose double pour faire oublier une dose oubliée de prendre.

- Si vous arrêtez de prendre un comprimé effervescent (Risque de syndrome de la malabsorption)

Sans objet.

### 4 - QUELLES SONT LES EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas chez tout le monde.