

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0045001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### 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 : ..... Age: .....

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) : .....

### 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.

**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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## conditions générales

### POUR LE PRATICIEN

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

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiques par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiques par un Orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiques par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R - Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialités		

### 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 EFFECTUES EN SERIE, 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'ORTHOPEDE
- 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 département Poste : RAM  
Adresse : Rue El Jazouli, Av de princesses Souissi, Rabat  
Tél : 0661 08 88 44 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age : 21 11 2022  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 21/11/2022  
Nature de la maladie : Affection respiratoire  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A 21 le 21/11/2022 Signature et cachet du médecin : [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0291232  
Matricule N° : 9772  
Nom du patient : Nouzha ALAoui  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé 459,90 DH  
Nombre de pièces jointes : 04



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des actes	Nature des actes	Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
21/11/2022	Admission-Service	1		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
MAJIPHARMA SARL Ex PHARMACIE HYPER Centre Commercial Carrefour Gourmet Rabat - Tél: 05 37 75 55 55	28/11/22	459.90 DM

## 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 détaillé 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 22/11/2022

Docteur Pauline

jeune fille Nourhan

1/ Azia 500 24h

1/2 p 12 16g succubus

2/ Vita C 1000

1/2 p 18 10g

3/ D une 100000

1/2 p 18 10g

4/ Zonastine

1/2 p 24 12g

5/ Kenderc 160

2 sachet 18 10g

6/ Immunea (24h)

**Vita C1000®**

PPV 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 - Tél: 05 37 75 55 55

T= 459.90

KARDECIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V.: 35DH70  
LOT: 22E006  
PER: 02/2024

Pr. MOULINE Samaya  
Spécialiste en Pneumologie  
et Allergologie  
INPE 101170/22  
www.hcz.ma

# Azix®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia).

## 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 en cas de maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association avec d'autres médicaments n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS 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).

**Azix® 500 mg**

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L357



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# Azix®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia).

## 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 en cas de maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association avec d'autres médicaments n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS 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).

**Azix® 500 mg**

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L357



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - 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 avant 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 et quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations 45 mg, comprimés effervescents
3. Comment utiliser ZINASKIN
4. Quels sont les effets indésirables
5. Comment conserver ZINASKIN
6. Informations supplémentaires

### 1- QU'EST-CE QUE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS

**- Classe pharmacothérapeutique**  
Classe pharmacothérapeutique :  
système.  
Code ATC : D10BX (D : Dermatologie)  
Ce médicament contient du zinc.

### - Indications thérapeutiques

- Acné,
- Séborrhée,
- Pelade,
- Chute de cheveux,
- Psoriasis,
- Alopécie,
- 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 (Interactions)**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez un médicament particulier le fer, le calcium, les antibiotiques ou des fluoroquinolones, les

**- Aliments et boissons (Interactions)**

**- Les aliments à forte teneur en**

**(légumineuses (petits pois, lentilles, pois chiches, etc.), céréales (maïs, blé, etc.), produits laitiers, etc.)**

le zinc ce qui diminue son absorption.

**ZINASKIN® 45 mg**

20 comprimés effervescents



6 118000 032090

Allaitement

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 34

**20 comprimés effervescents**

Dans tous les cas, se conformer strictement aux indications du médecin. A titre indicatif, la posologie est de 2 comprimés effervescents par jour.

ZINASKIN® peut être utilisé lors de l'allaitement.

**Mode et voie d'administration :**

Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent dans un verre d'eau.

A prendre à distance des repas (au moins 1 heure avant ou après le repas), car le bol alimentaire retarde l'absorption du médicament.

**- 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 2 comprimés effervescents (Conduite à tenir en cas de doses)**

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose oubliée.

**- Si vous arrêtez de prendre 2 comprimés effervescents (Risque de syndrome de sevrage)**

Sans objet.

**4 - QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES**

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