

# 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.

Nº M20- 0008027

143375

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10585 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KSLOIBA EL HABIB

Date de naissance : 12.02.1963

Adresse : Berrechid

Tél. : 06.07.45.88.36 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.12.2022

Nom et prénom du malade : KSSLOIBA EL HABIB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Synd. grippal

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) : .....

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº M20-08027

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10585

Nom de l'adhérent(e) : KSSLOIBA EL HABIB

Total des frais engagés : 160.71.50

Date de dépôt : 30.12.22

## 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
16/12/2006	22 CS		150 DH	 Dr. BELAIDA Médecin généraliste Tel: 0524 33 66 30 INPE: 0671923

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie NASROLLAH</b> Dr. Nasrollah N°327 - Berrechid Tel.: 05 22 51 67 19	14/12/22	260,92

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

72080

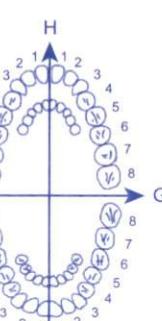
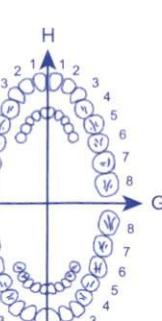
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	B														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

**Médecine Générale**

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



**الطب العام**

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء تتبع العمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السيارة

**Ordonnance**

Berrechid le : 14/12/2022

Kssiba Elhaboil

79,70

- Azix 500mg

440 mg



3/1/jr.

poft 03/jr.

40,00

- Prudhui 20mg

340 mg



prf 05/jr.

40,00

- Amylase

4cats x 3

Uf.



27,00

- Aspegic 500

4sch x 3

1/jr.



22,00

- Rhumix

4sch x 3

Uf.



Pharmacie N°32  
BERRE  
01. Nasrallah N°32  
Tél.: 05 22 5



محمد الخامس بجزئية نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق بنك) BMCE

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank)

Tél.: 05 22 33 68 30

Berrechid

15,30  
Vit C  
Kep UY   
36,70  
- Zolnox ou Silnox ou Anxiol6g  
Kep UY le soir. ptt os l,  
Myc / " "  
pas ; 14 gr sur 2

T=260,90



# AMYLASE RIM® 200 U.CEIP/ml

Sirop

Flacon de 125 ml

Alpi

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir bes
- Si vous avez toute autre question, si vous a médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement même en cas de symptômes identiques, cela
- Si l'un des effets indésirables devient gra mentionné dans cette notice, parlez-en à votr

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT Composition qualitative et quantitative

Sirop :

Alpha-amylase

\*Soit 142.86 Unités Pharmacopée Européenn par ml de sirop.

Excipients

## EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de propyle sodique (E217), Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

## Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée anti-inflammatoire.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

### Posologie

Adulte: 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg): 2 cuillerées à café (10 ml), 3 fois par jour.

Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg): 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

### Mode et voie d'administration

Voie orale.

### Durée du traitement

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée sans avis médical.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

### Ne prenez jamais AMYLASE :

- En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants, notamment les parabènes.

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

### EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

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

- En raison de la présence d'alpha-amylase, rares réactions d'allure allergique, généralement cutanées, en particulier urticaire et œdème de Quincke, dans ce cas, arrêtez le traitement;
- Possibilité de survenue d'une gêne respiratoire (bronchospasme).

25

20

50

AMYLASE® RIM

200 U. CEIP/ml

Flacon de 125 ml



6 118000 360438

40,00

# PREDNI® 20 COOPER

Comprimés effervescents sécables - Boîte de 20.

Préndisolone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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.

## 1. COMPOSITION DU MEDICAMENT

### Principe actif:

Préndisolone ..... 20,00 mg  
(Sous forme de métasulfobenzoate sodique de préndisolone : 31,44mg)

### Excipients:

Bicarbonate de sodium, Acide tartrique, Citrate monosodique anhydre, Saccharine sodique, Lactose monohydraté, Benzoate de sodium, Arôme orange-pamplemousse\* ..... q.s.p. un comprimé effervescent sécable.

\* Composition de l'arôme orange-pamplemousse : Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus concentré d'orange, aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinol, acétate d'éthyle, maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

**Excipients à effet notable :** Sodium, Sorbitol et Lactose.

## 2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB06

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H. Hormones non sexuelles).

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

## 3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

## 4. POSOLOGIE

### Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée. Elle est strictement individuelle.

Le dosage de PREDNI® 20 COOPER est adapté si vous débutez un traitement ou si vous devez prendre un traitement sur une courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes.

Si vous devez prendre ce traitement sur une durée prolongée et à des doses inférieures à 20 mg par jour, il existe des dosages plus appropriés.

### Mode et voie d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre les comprimés dans un verre d'eau. Avalez le contenu du verre de préférence au cours du repas, en une prise le matin.

### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.



PPV 40,00

m.

Ce

moins

nouveau-nés

prématurés traités

classe,

une échographie

surveiller

chez les enfants de moins de 12 mois, chez les prématurés et les nouveau-nés, chez les nourrissons et les enfants de moins de 3 ans. Les médicaments de la même classe doivent être effectuée pour surveiller la structure et la fonction du muscle cardiaque.

Avant le traitement, prévenez votre médecin :

- Si vous avez été vacciné récemment,
  - Si vous avez eu ou avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin,
  - Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,
  - Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose),
  - Si vos reins ou votre foie ne fonctionne pas correctement,
  - Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire),
  - Si vous souffrez de sclérodermie (également connue sous le nom de sclérose systémique, un trouble auto-immun), car des doses journalières de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque de développer une complication grave appelée crise rénale sclérodermique. Les signes d'une crise rénale sclérodermique sont, entre autres, une augmentation de la pression sanguine et une diminution de la production d'urine. Votre médecin peut vous conseiller de faire contrôler régulièrement votre pression sanguine et votre urine,
  - Si vous avez séjourné dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.
  - Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.
  - L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).
  - L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).
  - Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.
- Pendant et après le traitement :
- Prévenez immédiatement votre médecin si vous ressentez des douleurs au niveau des tendons (reconnaissable par des douleurs lors de mouvements). En effet, ce médicament peut favoriser l'apparition d'une atteinte des tendons voire de manière exceptionnelle d'une rupture des tendons.
  - Ce médicament peut également entraîner la survenue de crises liées à la présence de phéochromocytome (tumeur des glandes surrénales) et pouvant mettre votre vie en danger.
  - Évitez le contact avec les personnes atteintes de la varicelle ou de la rougeole.
  - Prévenez le médecin que vous prenez ou que vous avez pris ce médicament (pendant une année après l'arrêt du traitement) si vous devez vous faire opérer ou si vous êtes dans une situation de stress (fièvre, maladie).
  - Votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.
  - Si le traitement est prolongé, votre médecin vous prescrira également un apport en calcium et vitamine D.
  - Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.
9. INTERACTIONS



PPV 79DH70

SER 01/25

09/04

AZIX®  
Azithromycine  
500 mg  
3 Comprimés sécables

6 118000 040941

**COMPOSITION ET PRÉSENTATION :**

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

Traitement des infections dues aux germes

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

**CONTRE-INDICATIONS :**

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

**MISE EN GARDE :**

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.

- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.

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

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle 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).**

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Ain Sébaâ - Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable