

# 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.

**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

168 526

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0021439**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 96 16 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANNA SAID Date de naissance :

Adresse :

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2013

Nom et prénom du malade : KANNA SAID Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

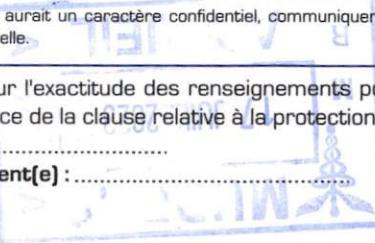
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## **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
07/09/13	G		15000 F	DRYANIE K Nutritionniste 0981-73231828 0981-73231828 0981-73231828 0981-73231828

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

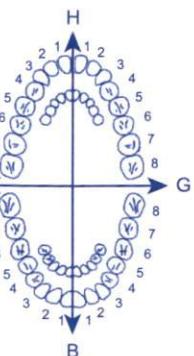
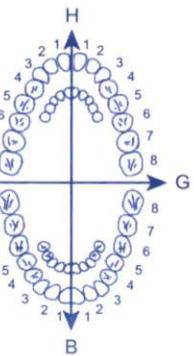
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaire, 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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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				

# Dr Eyame Reda

Diabétologie

Nutrition Diabétique

Omnipraticien

D.U Diabétologie Faculté de Médecine Fès

D.U Nutrition Faculté de Médecine Casablanca

Echographie - ECG



# الدكتور رضا أيام

أمراض السكري

الحمية والتغذية

الطب العام

دبلوم جامعي في السكري كلية الطب فاس

دبلوم جامعي في الحمية والتغذية كلية الطب الدار البيضاء

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

SADR  
W.M.W.

07/07/13

DR. EYAME REDA  
Diabetologie & Nutrition Clinique  
Inn. 1, Gueliz 20000 Casablanca  
Mobile: 0522 74 63 16 / 06 22 74 63 16  
Fax: 0522 74 63 16 / 06 22 74 63 16

**Vita C1000®**  
PPV 15DH30  
EXP 12/2025  
LOT 2D032 16

22.00  
1/

Cé del  
mm. M, tranche 2 p's, panorama  
mag. 1, B10C3 - 20640 Ahl Ouglilam  
Pharmacie Hassani

Flazak SV

60.00

Bo

Y

15.30  
Vita SV

1000

Dr. EYAME REDA  
Diabetologie & Nutrition Clinique  
Inn. 1, Gueliz 20000 Casablanca  
Mobile: 0522 74 63 16 / 06 22 74 63 16  
Fax: 0522 74 63 16 / 06 22 74 63 16

Tél. : 06 73 23 18 28

Fixe: 05 22 74 63 16

97.30

عمارة 1، GH 09 شقة رقم 3 الطابق السادس  
حي الازهر مدينتي سيدى البرنوصي البيضاء

# Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol .....	400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée .....	20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base) .....	14,8 mg

Excipients q.s.p. .... un comprimé.

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration,  
en cas de maladie de l'appareil digestif, chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable.  
Longée en raison du risque de dépendance.

éconseillée.

demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

### ES INTERACTIONS

ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment  
FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT  
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

codéine. D'autres médicaments en contiennent.  
doses maximales conseillées (cf. posologie).

EN CA  
PHAR

INTER  
AFIN D  
avec la l  
AUTRI

Ce  
Ne les

# MAZAX®

## Azithromycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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'informations 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 pharmacien.

### PRÉSENTATION

**MAZAX**..... 500 mg, comprimé pelliculé, boîte de 3 comprimés

### COMPOSITION

Substance active : Azithromycine

**MAZAX** 500 mg comprimé pelliculé, contient 500 mg d'azithromycine anhydre

### Excipients :

Excipients : q.s.p..... 1 comprimé pelliculé

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibiotique, antibactérien appartenant à la famille des Macrolides.

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Il est indiqué dans le traitement des infections bactériennes à germes sensibles telles que :

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par les beta lactamines, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aigues,
- Exacerbation des bronchites chroniques
- Infections stomatologiques

### CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais **MAZAX** 500 mg, comprimé pelliculé,

- Si vous êtes allergique à l'azithromycine, à l'érythromycine, à tout autre antibiotique de la famille des macrolides, au kétolide ou à l'un des excipients
- En association avec la dihydroergotamine et l'ergotamine
- En association avec le cisapride
- En association avec la colchicine
- En cas d'insuffisance hépatique sévère.

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Si vous présentez un

cutanée sévère accor

d'une inflammation

CONTACTER VOTRE

vie en danger ou er

Si vous remarquez

cutanée même sans

foncées, une tendai

conscience ou de vo

myasthénie (maladie

par une faiblesse mus

médecin immédiatement

mais si vous devez arrêter votre

traitement et le remplacer par un autre antibiotique.

Avant de prendre ce traitement, prévenez votre médecin si à l'occasion d'un traitement antibiotique antérieur vous avez présenté une urticaire ou autres éruptions cutanées, démangeaison, œdème de Quincke (brusque gonflement du visage et du cou d'origine allergique).

Avant de prendre ce traitement, prévenez votre médecin en cas de :

- maladie rénale,
- maladie du foie sévère,
- allongement de l'intervalle QT (anomalie observée sur l'électrocardiogramme),
- hypokaliémie, hypomagnésémie (baisse du potassium ou du magnésium dans le sang)
- bradycardie, arythmie cardiaque, insuffisance cardiaque grave,
- traitement concomitant avec des traitements allongeant l'intervalle QT : notamment certains médicaments antiarythmiques (ex : quinidine, amiodarone, sotalol), les antipsychotiques (ex : phénothiazine, pimozide), les antidépresseurs tricycliques (ex : citalopram) ou encore d'autres antibiotiques (ex : moxifloxacine, lévofoxacine).

### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Ce médicament est contre-indiqué en association avec la dihydroergotamine, l'ergotamine, le cisapride et la colchicine.

Afin d'éviter d'éventuelles interactions avec plusieurs médicaments, et notamment la bromocriptine (médicament contre la montée de lait, contre la maladie de Parkinson), la cabergoline (médicament contre l'excès de prolactine-hormone provoquant la lactation), le pergolide (médicament indiqué dans le traitement de la maladie de Parkinson), le lisuride (médicament utilisé dans la maladie de Parkinson ou contre l'excès de prolactine-hormone provoquant la lactation), l'atorvastatine et la simvastatine (médicaments pour baisser le taux de cholestérol), la cidosporine (médicament immunosupresseur), la digoxine (médicament utilisé dans certains troubles du cœur), les médicaments pouvant provoquer des torsades de pointe (trouble du rythme cardiaque) et les antivitamines K (médicament empêchant la coagulation du sang), il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

### INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

### INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant les trois premiers mois de la grossesse. A partir du début du 4<sup>ème</sup> mois de la grossesse, ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin.

KOUREZ, que vous êtes enceinte pendant le traitement, votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le

conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

### INAPTUITE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

PréSENTER DES EFFETS INDÉSIRABLES, tel qu'une sensation de somnolence, certains troubles visuels ou auditifs au cours de certaines activités telles que conduire des véhicules, et utiliser des outils ou des machines.

Si vous ressentez une fatigue, vous devez éviter d'effectuer des tâches