

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

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

Déclaration de Maladie

M23-0027031

194580

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1316 Société : R
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : TOUFA S D AIL
 Date de naissance : 01-01-49
 Adresse : ave 13 villa 104 00 life cor.
 Tél. : 0661512263 Total des frais engagés : 51,30 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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HIN</i> 11/04/2014 N° 11429165261674477	24/04/2014	513,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

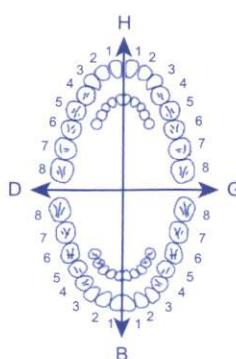
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية هند

Pharmacie HIND
BERRADA Hind
Docteur en Pharmacie



Lotissement Municipal Bloc 11 N°516 Bis
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 022 91 44 57 - Fax : 022 89 77 48

Le. 10/11/2024

A CASA

Doit

M. Toufek Smaïl

Quantité	Produits	Prix Unitaire	Total
01	Apex de	18,6	18,6
01	Devagrine	31,6	31,6
			<u>51,3</u>

FACTURE ARETEE A LA SOMME DE

51,3

02298 - 101 0522 914457
N°516 BIS HAY HASSANI
LOT. MUNICIPAL BLOC 11

Pharmacie HIND

Signature

APAZIDE®

Nifuroxazide —

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

- Gardez cette notice, vous pourrez 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.

FORMES ET PRÉSENTATIONS:

Gélules à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules.

COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI)	P. gélule	P. boîte
	200 mg	3.2 g

INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxico-infectieux...)

Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

L'importance de la réhydratation par soluté de réhydratation orale ou par voie intraveineuse doit être adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées...)

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale. Avalez les gélules à l'aide d'un verre d'eau.

Réservez à l'adulte et à l'enfant à partir de 10 ans.

Adultes : 4 gélules (800mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 10 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

• Si vous êtes allergique au nifuroxazide, aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

• Chez l'enfant de moins de 10 ans.

MISES EN GARDES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

• En l'absence d'amélioration au bout de 2 jours de traitement, en cas d'apparition de fièvre, de vomissement.

• En cas de diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids, en cas de présence de sang ou de glaire dans les selles.

• En cas soif intense, de sensation de langue sèche.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Devant une diarrhée chez l'enfant, prescrire un médicament contenant

• Ce traitement est un complément de

• S'alimenter par les boissons abso-

lument ou boissonnages alcooliques en

GROSSESSE ET ALLAITEMEN-

TE. Si vous êtes enceinte ou que vous all-

médicament.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Si l'un des effets suivants survi-

Atteintes de la peau : éruption

Manifestations allergiques : possi-

Manifestations graves et immédiates¹

Manifestations hématologiques : thro-

Autres atteintes : élévation des enzym

9 0 7 0
D 4 2 7
9 9 2

9 0 7 0
P 4 2 7
P 9 2

z immédiatement votre médecin : aigle générale, photosensibilité, éruption cutanée, d'artifice, ou de ictioème, ou de choc anaphylactique.

Tableau A (liste D)

b

△

apida - Casablanca

Pevagine®

Nitrate d'Econazole

Composition :

Produits Composition	PEVAGINE® Ovule	PEVAGINE® Crème
Nitrate d'Econazole	150 mg	1 g
Excipients q.s.p	1 ovule	100 g

Propriétés :

Nitrate d'Econazole est un dérivé imidazolé à action antifongique possédant un spectre d'action extrêmement large : il est actif, *in vitro* sur pratiquement tous les champignons pathogènes ainsi que sur les bactéries gram positif.

Indications :

Pevagine est indiqué dans le pityriasis versicolor, les candidoses, les dermatophytoses de la peau glabre et des plis.

Pevagine ovules est indiqué dans le traitement des mycoses vaginales, surinfectées ou non par des bactéries.

Son activité sur les bactéries gram+ en indique l'usage en monothérapie dans les dermatomycoses surinfectées.

Contre-indications :

Hypersensibilité au nitrate d'econazole.

Effets indésirables :

Rares: sensation de brûlures, prurit et rougeur de la peau.

Posologie :

- Crème dermique :

application matin et s

- Ovules gynécologiq

1 Ovule à introduire

nétration complète.

soir au coucher.

Présentations :

- Crème dermique :

- Ovules gynécologiq

150mg.

econazole.

logiques dosées à

Crème: A conserver à

25°C.

Ovules: A conserver à

30°C.