

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-466524

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12402 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FERTAT AMINA

Date de naissance : 10/05/1984

Adresse : RES. MAJANA, Bd JAMAME, Im B, Apt 8, CALIFORNIE CASABLANCA

Tél : 06 66 76 38 24 Total des frais engagés : 453,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/18/19

Nom et prénom du malade : M. Fertat Amina Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cholestérol

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 : CASA Le : 07/10/19

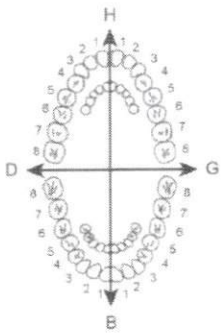
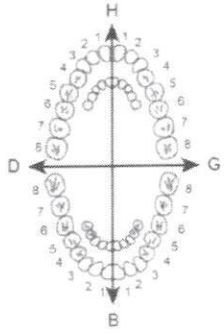
Signature de l'adhérent(e) : *m. Fertat*

RELEVÉ 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
19/08/19	S		300 dh	09 103 9123

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARIJ SARL AU Route 1029 Ouled Said - Califormie Tél: 05.22.21.90.07 - Casablanca no: 361421	19/08/19	195.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>																
				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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATIC EN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa Bendaoud El Haouati

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Chirurgie Gynécologique - Stérilité
Echographie - Endoscopie

الدكتورة لطيفة بنداود الحواتي

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة
جراحة النساء والعقم
الفحص بالصدى

Casablanca, le 19/08/13

Dr. Latifa Bendaoud El Haouati

157.2

~~157.2~~ 157.2 x 3

38.30

~~38.30~~ 38.30

TE 195.30



PHARMACIE ARIJ
SARL AY
Route 1629 Ouled Saïd - Californie
Tél.: 05.22.21.90.07 - Casablanca
RC: 261121

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, 2ème étage N°11 - Casablanca
Tél.: 05 22 83 74 12 - G.S.M.: 06 61 13 62 66

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, 2ème étage N°11 - Casablanca
Tél.: 05 22 83 74 12 - G.S.M.: 06 61 13 62 66

En cas d'urgence:

Clinique Al Oumouma: 17, Lot. Bagatelle, Boulevard Taddart - Casablanca
Tél.: 05 22 82 06 06 (4L.G.) - Fax: 05 22 82 36 58

LEVAMOX® (Amoxicilline + acide clavulanique)

DENOMINATION DU N

- LEVAMOX® 1 g/125
- LEVAMOX® 500 mg/125
- LEVAMOX® 1 g/125
- boîte de 12 et 16
- LEVAMOX® 500 mg/125
- sachet-dose, boîte de 1
- LEVAMOX® 100 mg/125
- flacon de 30 ml
- LEVAMOX® 100 mg/125
- flacon de 60 ml
- (Rapport amoxicilline/ac

LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 80020 1
EXP 01/2021

16 et 24.
e 12 et 24.
in sachet-dose,
it en
e nourrisson en
able enfant en

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 LEVAMOX® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LEVAMOX® ?
3. Comment prendre LEVAMOX® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LEVAMOX® ?
6. Informations supplémentaires

1- QU'EST-CE QUE LEVAMOX® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

- Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

LEVAMOX® est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

- Indications thérapeutiques

LEVAMOX® est utilisé chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nourrisson pour traiter les infections suivantes :

- infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- infections des voies respiratoires,
- infections des voies urinaires,
- infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- infections des os et des articulations.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE LEVAMOX® ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

LEVAMOX® contient de l'aspartame, si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

- Ne prenez jamais LEVAMOX® (Contre-indications)

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans LEVAMOX®.
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

Ne prenez pas LEVAMOX® si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre LEVAMOX®.

- Faites attention avec LEVAMOX® (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse,
- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ou avant d'administrer LEVAMOX® à votre enfant.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable

de l'infection.
Selon les résultats
LEVAMOX® ou un
Reactions necessaires
LEVAMOX® peut a
graves, notamment
gros intestin. Lors
surveiller certains s
Tests sanguins et ur
Si vous effectuez d
rouges ou explorati
glucose), vous dev
enfant prend LEV
types de tests.

Tenir compte, au b
- Enfants et adole
Demandez conseil
ce médicament à v
• souffre de monon
• est traité(e) pour
• n'urine pas réguli
En cas de doute,
d'administrer LEVA
- Prises d'autres m
Prise ou utilisation

Si vous ou votre m
parlez-en à votre m
sans ordonnance,
Si vous prenez ou
LEVAMOX®, le ris
Si vous prenez ou v
médecin peut déci
Si des médicaments
warfarine) sont pr
peuvent être requis
LEVAMOX® peut
traiter le cancer ou
LEVAMOX® peut
prévenir le rejet de

- Aliments et bois
Sans objet

- Interactions avec
Sans objet

- Utilisation pendant
Si vous êtes enceint
devez en informer
Demandez conseil
quelconque médica

- Sportifs
Sans objet

- Effets sur l'aptitu
Poudre pour susp
1 g/125 mg

Conduite de véhic
LEVAMOX® peut p
à conduire

- Excipients à effe
- Aspartame :

LEVAMOX® contie
Celle-ci peut être n
« phénylcétonurie »
- Potassium :

Les comprimés eff
buvable contiennent
régime pauvre en p
- Sodium :

Les comprimés eff
sodium, en tenir co

3- COMMENT PRE
- Instruction pour
Respectez toujours

3. COMMENT UTILISER POLYGYNAX ?

Posologie

RESERVE A L'AD

Une capsule à me

Mode et voie d'

Voie vaginale.

Mettre de préfé

procéder est de vous allonger sur le dos, les genoux repliés et écartés.

MAPHAR
POLYGYNAX Capsules vaginales
Km 10, route Côtière, 111 - Quartier Industriel, Zenata
Ain Sebâa Maroc
P.R.V. : 38DH30



12 jours.

Conseils pratiques :

- afin de ne pas contaminer votre entourage, utiliser votre propre linge de toilette (gant, serviette),
- porter des sous-vêtements en coton,
- éviter les douches vaginales,
- éviter de porter des tampons internes pendant le traitement,
- ne pas interrompre le traitement pendant les règles,
- votre médecin pourra traiter également votre partenaire sexuel, afin d'éviter qu'il ne vous recontamine.

Si vous avez utilisé plus de POLYGYNAX, capsule vaginale que vous n'auriez dû :

Une administration excessive et prolongée pourra entraîner des effets systémiques (auditifs et rénaux) notamment chez les insuffisants rénaux. Un emploi prolongé expose également à un risque accru d'eczéma allergique.

POLYG

VAGINAL CAPS

Neomycin sulfate, Polym

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it contains important information for you.

Keep this leaflet. You may need to read it again.