

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0016224

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : Slahim Uthman Date de naissance : 1956
Adresse : 50 Lot KHAN FARM - Oujda
Tél. : 0667128286 Total des frais engagés : 165,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr KERZAZI Mohammed CHIRURGIEN
Date de consultation : 12/10/2019
Nom et prénom du malade : Slahim Uthman Age : 62
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Angine
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aura 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 : Oujda Le : 12/10/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/10/19		C	GT	Dr KERZAZI Mohamed CHIRURGIEN 39, Bd. Mohammed V - OUJDA Tél : 05 26 68 45 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENOUACHOU Dr Latifa BENOUACHOU Bd. Sidi Yahya NEJIB Tél : 70 53 02 0000	12/10/19	165,70.

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



Oujda, le 12/10/19 في وجدة،

SCAON

KHMTA

86,00

16/11

Pharmacie BENQACHOUR
Dr. Larifa BENQACHOUR
Bd. Sidi Yahya N°12
23000 70 55 02 OUJDA

79,70

- 2/11/19

165,70

Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39, Bd. Mohammed V - OUJDA
Tél. : 05 36 68 45 10

ZITHROMAX® 500 mg en comprimés sécables, boîte de 3 AZITHROMYCINE

Veillez lire attentivement 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, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui n'est pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. Qu'est-ce que Zithromax® et dans quel cas est-il utilisé

Le groupe pharmacothérapeutique : Zithromax®

Indications : Elles procèdent de l'activité antibiotique de l'azithromycine cliniques auxquelles a donné lieu ce produit antibactérien actuellement d'usage défini comme sensible: hémolytique, en alternative au traitement celui-ci ne peut être utilisé. • Surinfection bronchiques chroniques. • Infections à recommandations.

Votre médecin est la seule personne à prescrire un antibiotique. Quelle que soit l'indication, jamais de votre propre initiative un traitement.

2. Quelles sont les informations

Ne prenez jamais Zithromax® : - si vous avez des allergies aux macrolides ou tétracyclines ou à l'un des composants mentionnés dans la rubrique 6. **Attention :** - Si vous avez des problèmes de fonctionnement de votre foie ou si vous présentez des symptômes récurrents, nécessitant un suivi médical. - Si vous avez des problèmes de fonctionnement de votre foie apparaissant ou augmentant progressivement associé à une encéphalopathie hépatique (atteinte aiguë ou chronique), il faut en avvertir immédiatement.

que vous n'auriez dû : Si vous avez pris trop de Zithromax®, prenez immédiatement contact avec votre médecin, votre pharmacien. Les événements indésirables survenus à des doses supérieures aux doses recommandées étaient similaires à ceux observés à des doses normales. En cas de surdosage, des mesures générales symptomatiques et supportives sont indiquées si nécessaire. **Si vous oubliez de prendre Zithromax® :** Il est important de prendre Zithromax® régulièrement, à la même heure chaque jour. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre. **Si vous arrêtez de prendre Zithromax® :** N'arrêtez jamais de votre initiative le traitement sans en parler à votre médecin ou à votre pharmacien car les symptômes peuvent réapparaître si toutes les bactéries ne sont pas tuées. Ne continuez pas au-delà de la durée prévue de traitement sans autorisation de votre médecin. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. **Si aucune amélioration n'apparaît, veuillez consulter à nouveau votre médecin.**

Les effets indésirables éventuels ?

peut provoquer des effets indésirables, mais ils sont très fréquents (peuvent affecter plus d'un patient sur 10). Les effets indésirables avec les plus fortes fréquences sont : modifications du bilan sanguin (taux de bicarbonate sanguin ; augmentation des monocytes et des neutrophiles) Effets

ZITHROMAX 500mg
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1275993
Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 05 / 2021
PPV 79,70 DH

FORTMAG®

sans sucre

magnésium 300 mg effervescenta

Ingredients :

Acide citrique 2071,85 mg ; Bicarbonate de sodium 800 mg equiv. à 200 mg de magnésium (carbonate de magnésium) 167,00 equiv. à 100 mg de magnésium (Aspartam 20 mg ; Acesulfam K 20 mg

Données nutritionnelles :

Données nutritionnelles	
Kilojoule	29,04
Kilocalories	6,93
Protéine	<0,01

LOT : L8263/4
PER : 40/2021

FORTMAG®

PPC : 86,00 DH

- carbonate
Magnésium
pamplemousse