

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

UPRAS 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](http://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 : RETRAITÉ  
Nom & Prénom : Sirajou Miftah Date de naissance : 13/05/1955  
Adresse : 50 lot KHAR FARM - Oujda  
Tél. 0667128286 Total des frais engagés : 165,70 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :

**Dr KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN**  
29, Bd Mohammed V - OUNDA

##### Date de consultation :

12/10/2019

Age : 61

Nom et prénom du malade : Sirajou Miftah

##### Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

##### Nature de la maladie :

Arthrose

##### En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

17 OCT 2019  
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 : Oujda

Le : 12/10/2019

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
20/01/2019	C	GT		Dr KERZAZI Mohamed CHIRURGIEN 21 Mohammed V - CIUDA 23 25 68 45 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/09/19	165,70.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

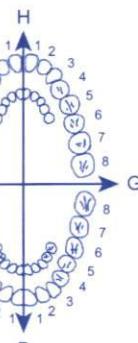
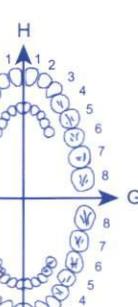
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 محمد  
طبيب جراح  
خبير مخلف  
لدی محکمة الاستئناف بوجدة  
39، شارع محمد الخامس  
الهاتف : 05 36 68 45 10 - وحدة G

وجدة، في ..... Oujda, le ..... ١٢/١٢/٢٠١٣

861<sup>00</sup> 2011062

SEASIDE  
CHART

**Pharmacie BENQACHOUR**  
Dr. Latifa BENQACHOUR  
Bd. Sidi Yahya N°14  
CS: 70 58 02 OUJDAS

79,70

~~4 - 27th March - 19~~

165/70

Dr KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN  
39, Bd. Mohammed V - CUIJA  
Tél. : 06 36 68 45 10

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

Veuillez 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'a pas été mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

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

Le groupe pharmacothérapeutique : Zithromax appartient au groupe des azalides (macrolides). Il s'agit

**Indications :** Elles procèdent de l'pharmacocinétiques de l'azithromycin cliniques auxquelles a donné lieu ce produits antibactériens actuellement d'aux germes définis comme sensibles: hémolytique, en alternative au traitement celu-ci ne peut être utilisé. • Surinfection bronchites chroniques, • Infections recommandations.

Votre médecin est la seule personne autorisée à prescrire un médicament. N'oubliez jamais de votre propre initiative un tr

## 2. Quelles sont les informations importantes à prendre avant de prendre Zithromax®?

Ne prenez jamais Zithromax® : si vous avez des symptômes récurrents, nécessitant un traitement. - Si vous avez des problèmes de fonctionnement de votre foie ou arrêtez le traitement si les patients présentant une dysfonctionnement du foie apparaissent (asthénie) progressant rapidement associé à une encéphalopathie hépatique (atteinte aiguë ou chronique), il faut en avertir immédiatement votre médecin.

**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 supports 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 oublié 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.

## 2. Les effets indésirables éventuels ?

### ZITHROMAX 500mg Boîte de 03 comprimés

Lot : 1275993  
Date Fab. 06/2019 Date Exp. 05/2021  
PPV 79,70 DH

**FORIMAG®**

SANS  
SUCRE

magnésium 300 mg effervescents

## Ingredients :

Acide citrique 2071,85 mg ; Bicarbonate de sodium 800 mg équiv. à 200 mg de magnésium + magnésium 167,00 équiv. à 100 mg de magnésium (A 70 mg ; Aspartam 20 mg ; Acesulfam K 20 mg)

Données nutritionnelles :

Données nutritionnelles	LOT : L8263/4 PER : 10/2021
Kilojoule	29,04
Kilocalories	6,93
Protéine	<0,01

carbonate

Magnésium

pamplemousse

**FORTMAG®**

PPC : 86,00 DH