

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, parodontologie 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.
- Tous les médicaments sans vignettes ou facture de la pharmacie doit être joint.

Radiologie et Biologie :

- Les résultats des analyses biologiques et radiologiques doivent être communiqués au praticien prescripteur pour être demandeur de remboursement.
- Les prescriptions médicales doivent être datées et signées par le médecin prescripteur et être accompagnées de la feuille de soins.

Optique :

- Les lunettes ou appareils auditifs doivent être prescrits par le médecin prescripteur et être accompagnés de la feuille de soins.

Rééducation :

- L'attestation d'activité rééducative par le praticien prescripteur est exigée avant la date des séances de rééducation.
- Avant la rééducation, la facture et les analyses des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 feuille de soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Declaration de Maladie

N° W19-521622

25029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7383 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RADI HAMID

Date de naissance : 01/09/65

Adresse :

Tel : 0661381200

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Carnet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Sexe du malade : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser la date et les circonstances :

Dans le cas où la maladie est d'origine professionnelle, joindre la déclaration de l'employeur et le certificat médical du médecin conseil de la Mutuelle.

L'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance des conditions de remboursement des soins personnels.

Fait à : Le : Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins					
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis															
				Fin de															
<table border="1"> <tr> <td>VOLET ADHERENT</td> <td>NOM :</td> <td>Mle</td> </tr> <tr> <td>DECLARATION N°</td> <td>W18-374975</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces Jointes</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</td> </tr> </table>					VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	DECLARATION N°	W18-374975		Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
VOLET ADHERENT	NOM :	Mle																	
DECLARATION N°	W18-374975																		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois																			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																			



W18-374975

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones.....	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 2/12/19
Nature de la maladie <i>affection digestive</i>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CM	1	105,17
PHARMACIE	Date 12/12/19	
Montant de la facture	82,90	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



CLOPRAME®

(Métoclopramide)

DENOMINATION DU MEDICAMENT

- CLOPRAME®, comprimés sécables, boîte de 40
- CLOPRAME®, solution buvable, flacon de 130 ml avec seringue doseuse

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, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

CLOPRAME® 10 mg 40 comprimés sécables

PPV 17DH30

EXP 03/2022
LOT 91013 4

otre médecin ou à votre

pas à d'autres personnes. Il
tiques aux vôtres
n effet indésirable non
armacien.

AME® ?

UTILISE ?

le "métoclopramide". Il agit sur
ients.

Cloprame® comprimé sécable et Cloprame® solution buvable sont utilisés chez les adultes dans :

- la prévention des nausées et vomissements retardés pouvant survenir après une chimiothérapie.
- la prévention des nausées et vomissements induits par la radiothérapie.
- le traitement des nausées et vomissements incluant les nausées et vomissements pouvant survenir en cas de migraine.

En cas de migraine, le métoclopramide peut être pris avec des médicaments agissant sur la douleur administrés par voie orale pour augmenter l'efficacité de ces médicaments.

1-2 Population pédiatrique :

Cloprame® comprimé sécable et Cloprame® solution buvable sont indiqués chez les enfants (âgés de 1 à 18 ans) si un autre traitement est inefficace ou ne peut être utilisé pour prévenir les nausées et vomissements retardés pouvant survenir après une chimiothérapie.

Les comprimés de Cloprame® 10 mg ne conviennent pas aux enfants pesant moins de 30 kg. D'autres formes pharmaceutiques (par exemple la solution buvable) doivent être utilisées.

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

- La liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

D'autres formes pharmaceutiques (par exemple

- Prises d'autres médicaments (interactions a

Prise ou utilisation d'autres médicaments
Si vous prenez, avez pris récemment ou allez pr

médecin ou pharmacien.
En effet, Cloprame® comprimé sécable ou Clopr

dont agissent certains médicaments.
De même, certains médicaments peuvent modifi

ou Cloprame® solution buvable. Ces médicaments

- lévodopa ou autres médicaments utilisés dans

- anticholinergiques (médicaments utilisés pour s

- dérivés morphiniques (médicaments utilisés po

- médicaments sédatifs,

- médicaments utilisés pour traiter les troubles m

- digoxine (médicament utilisé pour traiter l'insuff

- ciclosporine (médicament utilisé pour traiter ce

- mivacurium et suxamethonium (médicaments u

- fluoxétine et paroxétine (médicaments utilisés p

- Aliments et boissons (interactions avec les

Aliments et boissons
Ne pas prendre d'alcool pendant le traitement ca

comprimé sécable ou Cloprame® solution buvable

- **Interactions avec les produits de phytothéra**

Sans objet.

- **Utilisation pendant la grossesse et l'allaitem**

Grossesse et allaitement
Si vous êtes enceinte, pensez être enceinte ou p

ou pharmacien avant de prendre ce médicament

Cloprame® solution buvable peut être pris pend

devez prendre ce médicament.

Cloprame® comprimé sécable ou Cloprame® so

allaiter car le métoclopramide passe dans le lait

- **Sportifs**

Sans objet.

- **Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule**

Conduite de véhicules et utilisation de machin

Vous pouvez vous sentir somnolent, avoir des se

saccadés anormaux et une contracture généralis

avoir pris Cloprame® comprimé sécable ou Clopr

vue et votre capacité à conduire des véhicules et

- **Excipients à effet notoire**

Solution buvable : - parahydroxybenzoates de mé

sodium (0.336 mg/ml)

3- COMMENT PRENDRE CLOPRAME® ?

- **Instruction pour un bon usage**

Sans objet

- **Posologie, mode et/ou voie (s) d'administrat**

traitement

2.4 **Posologie des comprimés sécables et sol**

FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

SANOFI 

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) **Dénomination :**

FLAGYL 500

b) **Com**

Métron

Excipier

magnés

pellicul

c) **Form**

Comprimé

d) **Clas**

ANTIBI

famille

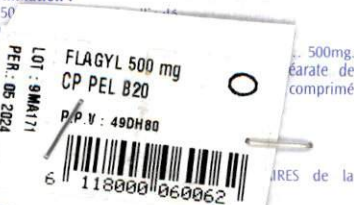
2. **DAN**

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines

infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

3. **ATTENTION !**

a) **Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :**



500mg.
éarate de
comprimé

URES de la

de certaines

- En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) **Interactions médicamenteuses et autres interactions :**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes) ; le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Nelson.

e) **Grossesse - Allaitement :**

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

ENTERAL[®]

(Nifuroxazide)

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

ENTERAL[®], Gélules à 200 mg : boîte de 12 gélules

ENTERAL[®], Suspension buvable à 220 mg/5 ml flacon de 90 ml
(Nifuroxazide)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, 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

ans cette notice, parlez-en à votre

ENTERAL[®] 200 mg

12 gélules

PPV 15DH80

EXP 06/2022
LOT 95011 1

hylique, arôme abricot punch, eau

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

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

- Gélules :

Elles sont indiquées, chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans, dans le traitement de la diarrhée aiguë d'origine infectieuse.

- Suspension buvable :

Elle est indiquée, en complément de la réhydratation, dans le traitement de la diarrhée aiguë d'origine infectieuse chez l'enfant de plus de 2 ans.

5- POSOLOGIE

Suspension buvable :

Via orale