

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.

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.

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 canaux, 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 canaux.

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- 051181

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H244 Société : RTS : 30663

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHRI ABDEKABIR

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 0666 79 19 Total des frais engagés : 738,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid ACHIR
Gynécologue - Obstétricien
Résidence Sarra, Massira I D
N° 64 1er étage N° 7 Marrakech
Tél : 05 24 34 99 60

Date de consultation : 22/04/20

Nom et prénom du malade : DIKAI Aichu Age :

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

Nature de la maladie : cystite

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 : Marrakech Le : 22/04/20

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
22/04/20	C2	1	200	<div> <div>Dr Khalid ACHIR</div> <div> <div>gynécologue - Obstétricien</div> <div>Résidence Sarra Massira I D</div> <div>N° 64 1er étage Marrakech</div> <div>TEL : 05 24 34 39 60</div> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>Pharmacie ILLA</div> <div> <div>Rue Jemil Bel Youssef</div> <div>Marrakech, tél 044</div> </div> </div>	22/04/20	388,4

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div> <div>06 MAI 2020</div> </div>	06.05.20	100/3	180,90

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D 00000000 00000000 G</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Gyno-Dermofix®

GYNO-DERMOFIX® ovules

Sertaconazole

Sertaconazole

1 Ovule - 300 mg

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241232

Le Gyno-Dermofix est une classe des imidazoles dont l'activité in vitro a été démontrée sur les levures du genre *Candida*. Le Sertaconazole manifeste un effet antibiotique sur les germes gram+.

Indications :

Local des infections à *Candida* de la muqueuse vaginale : en l'absence d'une symptomatologie particulière, la seule constatation d'une levure (*Candida*...) sur la muqueuse vaginale ne peut en soi une indication.

Contre-indications :

Sensibilité aux nitro-imidazoles.
Sensibilité à l'un des constituants.

Effets secondaires :

de brûlure ou de prurit disparaissant généralement avec la poursuite du traitement.
allergiques.

Mode d'emploi :

Avant de traiter simultanément tout foyer à *Candida*, reconnu pathogène, associé.
tolérance locale ou de réaction allergique, le traitement sera interrompu.
seulement d'utiliser un savon à pH acide (pH favorisant la multiplication des candidoses).
Le Sertaconazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
un passage systémique extrêmement faible, l'allaitement est possible.

Posologie :

soit au coucher, introduit profondément dans le vagin, de préférence en position allongée.
persistance des signes cliniques, un deuxième ovule sera appliqué après sept jours.

Conseils pratiques :

- toilette génitale externe avec un savon à pH neutre ou alcalin ;
- porter de sous-vêtements en coton, éviter les douches vaginales ;
- traiter les extensions vulvaires ou périnéales de la mycose en associant une crème antifongique appliquée localement ;
- traiter le partenaire selon les cas et ne pas interrompre le traitement pendant les règles ;
- éviter l'utilisation des préservatifs et des diaphragmes en latex.

Boîte de 1 ovule

Liste I (tableau A)

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Voie orale



6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 8 3 9



StaXom[®] 400 mg
Moxifloxacin

Moxifloxacin

Boîtes de 5 et 7 comprimés pelliculés

StaXom[®] 400 mg

Moxifloxacin

Boîtes de 5 et 7 comprimés pelliculés

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 toute autre question, 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 leurs maladies sont identiques aux vôtres.
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, contactez votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que STAXOM[®], comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre STAXOM[®], comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre STAXOM[®], comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver STAXOM[®], comprimé pelliculé ?
6. Informations supplémentaires

QU'EST-CE QUE STAXOM® ET DANS CE CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique:

STAXOM® contient une substance active, la moxifloxacinine, qui appartient au groupe des antibiotiques appelés les fluoroquinolones.

STAXOM® agit en tuant les bactéries responsables des infections.

Indications thérapeutiques:

Le traitement des infections bactériennes suivantes causées par des bactéries sensibles à la moxifloxacine doit être utilisé en garde et Précautions d'emploi. Effets indésirables, Pharmacodynamie). La moxifloxacine doit être utilisée lorsque les antibiotiques recommandés dans les traitements initiaux de ces infections, sont inefficaces, inappropriés ou lorsque ces antibiotiques n'ont été efficaces dans le traitement de l'infection.

- Sinusites aiguës bactériennes
Exacerbations aiguës de bronchite chronique (correctement documentées).
Pneumonies communautaires à l'exception des formes sévères.
Infections gynécologiques hautes d'intensité légère à modérée (y compris salpingites et endométrites),
non abscessuées, non tubo-ovariennes pelviennes.

- infection des poumons (pneumonie) contractée en dehors de l'hôpital, à l'exception des pneumonies bactériennes aiguës; 7 jours
- infections gynécologiques légères à modérées de la femme (infections pelviennes, vaginites, infections des trompes et des ovaires); 14 jours
- infections des trompes et des ovaires; 14 jours

Lorsque STAXO[®] 400 mg, comprimé pelliculé est utilisé en relais d'un traitement par une autre substance, les modalités de traitement recommandées sont :

La majorité des patients atteints de pneumonie ont bénéficié d'un relais oral avec STAM 600 mg, 1 fois par jour, dès le 4^e jour de traitement par voie intraveineuse.

infections compliquées de la peau et des tissus mous : 7-21 jours

Il est important de respecter la durée de traitement même si vous commencez à vous sentir mieux après quelques jours. Si vous arrêtez de prendre le médicament trop tôt, l'infection ne sera pas complètement guérie, vous pouvez rechuter ou votre état peut s'aggraver. Un arrêt trop précoce favorise une résistance bactérienne à cet antibiotique.

• Fréquence d'administration :

Ne pas dépasser la dose et la durée de traitement recommandées (voir rubrique Mises en garde et précautions d'emploi).

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de STAXOM® que vous n'auriez dû :

Si vous avez pris plus d'un comprimé par jour comme cela vous a été prescrit, consultez un médecin ou un pharmacien et, si possible, apportez tous les comprimés restants, l'embal-
lage pour montrer au médecin ou au pharmacien ce que vous avez pris.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre STAXON® :
Si vous avez oublié de prendre votre comprimé, vous devez le prendre dans la journée des
rendez compte. Si vous n'avez pas pris votre comprimé pendant une journée, prenez la
(un comprimé) le lendemain. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose
oubliée de prendre.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien.

Risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre STAXOM® :

Si vous arrêtez de prendre ce médicament trop tôt, votre infection peut ne pas être complètement guérie. Consultez votre médecin si vous souhaitez arrêter de prendre vos comprimés avant la fin du traitement. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.



GTIN 18904159811171
SP. NO. CHD10006927F

Omisiz®

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule



Omisiz 20mg
28 gélules

PRESENTATIONS :

- OMIZ® 20 mg :** Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules
- OMIZ® 10 mg :** Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

- OMIZ® 20mg**
- Oméprazole.....20 mg
- Excipients q.s.p.....1 gélule
- Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

- OMIZ® 10mg**
- Oméprazole.....10 mg
- Excipients q.s.p.....1 gélule
- Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale,
- Ulcère duodénal évolutif,
- Ulcère gastrique évolutif,
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
- Syndrome de Zollinger-Ellison,
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



Docteur Khalid ACHIR

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Maladies du sein - Sterilité du couple - Echographie - Gynécologie-chirurgie

Ancien attaché au service de gynécologie obstétrique

du CHU Ibn Rochd Casablanca

Ancien médecin spécialiste à l'hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الدكتور خالد عشير

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الولادة - أمراض العقم - الجراحة النسوية

أمراض الثدي - الفحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

طبيب ملحق سابقا بقسم أمراض النساء و التوليد

بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

طبيب اختصاصي سابقا بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Marrakech, le 05/05/20

Dr. Khalid Achir

صديق لي في

ECBU



Dr. Khalid ACHIR
Gynécologue - Obstétricien
Résidence Sarra, Massira I D
N° 64 1er étage N° 7 - Marrakech
Tél : 05 24 34 99 60

LABORATOIRE PH LIBERTE

1 Avenue Moulay Hassan, 40000 MARRAKECH

Tél 05 24 44 69 51

PAT 45114020 TVA 208223 RC 41748 IF 68960490 INP 073002214 ICE 001656682000069

FACTURE : 27777

MARRAKECH, le 06/05/2020

Nom et Prénom : TAHRI AICHA

Prescripteur : Dr. ACHIR KHALID

Référence : 060520 014

BILAN :

ECBU B 100 +

MONTANT NET : 150,00 Dhs Soit 100 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent cinquante Dh et zéro ct





Dossier No 0605 014 du 06/05/2020 à 11h46
Prélèvement Effectué au Laboratoire
Edité le: 08/05/2020

Mme TAHRI AICHA
Date de naissance : 15/01/1970
Medecin Dr. ACHIR KHALID

Résultats complets

MARRAKECH, le 08/05/2020

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE URINAIRE

1er jet urinaire

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect..... Légèrement trouble .
pH..... 6,3
Albumine..... Recherche positive(+)
Sucre..... Recherche négative
Sang..... Recherche positive ++
Nitrite..... Recherche négative

EXAMEN DIRECT

Quelques cellules épithéliales
Absence de leucocytes < 10 /ml (N : < à 10 000)
Quelques hématies 250 /ml (N : < à 5 000)
Absence de cylindres
Quelques cristaux amorphes
Absence de germes

APRES COLORATION

ABSENCE DE GERMES

CULTURE

CULTURE DEMEUREE STERILE APRES 48H D'INCUBATION

Dr Azeddine BERRADA EL AZIZI

