

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie

Nº P19- 067759

ND : 30914

Autres

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5590

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Age :

Nom et prénom du malade :

Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-067759

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

TES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.

DATE DE DEPOT



M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 319763

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *KASS S SALAH DINK*
Matricule : *00015320* Fonction : *décédé* Poste : *le 19*
Adresse : *HAZ ZAITRAZ 2 Lin NARNA A 2000 A Benche*
Tél. : *0525 2684* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *HACHIMI FATHIA* Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : *otite* *sept.*
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
EL KHADJAR *... OR ...*
A , le / / Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin

EL KHADJAR
... OR ...

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
20-1-20			280 Dr	DR EL KHADRA ODS 01/01/2018

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pionnisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL OUDAH Mme BERRADA Jihane Pharmaciene 52 Boulevard Al Mouria Tél: 02 32 41 76	28/01/2018	362,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412	G 21433552		MONTANT DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
	D 00000000	G 00000000		
	B 35533411	B 11433553		
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DE L'EXECUTION

Docteur EL KHADAR Ilham

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Stérilité du couple (P.M.A)

Coeliochirurgie - Colposcopie

Maladies du sein - Echographie

الدكتورة النضار إلهاهام

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

الجراحة النسائية - الولادة

عمق الزوجين - الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي - الفحص بالصدى والمجهر



161077003

Berrechid, le 20 JAN 2020

Hochiou

FATIMA

9080 Dugibole

Acp x 2 زا (No)

9810 Floxast

(No)

Acp x 2 زا (No)

7970 Ricine

EL. KHADAR !
Gynecologue - Obstetrician
Bd. Allal Ben Abdellah, Kissariat Ibn Khaldoune, Imm. N° 4 - 2 ème étage - App. 7 - Berrechid

شارع علال بن عبد الله - قيسارية ابن خلدون - عمارة 4 - الطابق 2 - الشقة 7 - برشيد
الهاتف : 06 09 50 21 67 - تلفون/Fax : 05 22 33 76 86

362,6P

FLOXIMAT®

Oflo-

Composition :

Ofloxacin
Excipients (dont lactose)

Propriétés :

Antibiotique de synthèse appartenant à la famille des

Indications thérapeutiques :

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques

Elles sont limitées chez l'adulte :

- au traitement des infections urinaires hautes et basses, aiguës ou chroniques et de l'urétrite gonococcique
- au traitement des infections sévères dans les manifestations prostatiques
- au traitement des infections gynécologiques hautes
- au traitement de relais des infections ostéo-articulaires
- au traitement de la suppuration bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse

Contre-indications :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- antécédents de tendinopathie avec une fluoroquinolone
- hypersensibilité à l'ofloxacin ou à un produit de la famille des quinolones
- épilepsie
- déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase
- enfant jusqu'à la fin de la période de croissance
- femme enceinte ou qui allaité
- en raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de syndrome de malabsorption du glucose et du

Effets indésirables :

- Troubles digestifs : nausées, gastralgies, diarrhée
- Manifestations cutanées et manifestations allergiques
- Douleurs musculaires et/ou articulaires, tendinite dans les 48 premières heures de traitement et devenir
- Manifestations neurologiques : convulsions, confusions, vertiges, paresthésie, troubles du sommeil, possi

Mises en garde :

- Eviter l'exposition au soleil et aux rayons ultraviolets pour photosensibilisation.
- Les tendinites, rarement observées, peuvent parfois toucher le tendon d'Achille, et surviennent notamment lors de la corticothérapie au long cours.

Précautions d'emploi :

Afin d'éviter d'éventuelles interactions avec d'autres médicaments, il est recommandé de prendre ce médicament tout autre traitement en cours.

Comme lors de tout traitement susceptible d'entraîner une déshydratation, il est recommandé de boire suffisamment d'eau et de se protéger du soleil.

Mode d'emploi et posologie :

Chez le sujet adulte aux fonctions rénales normales :

Quatre cents milligrammes par jour en deux prises : soit un comprimé matin et soir au cours des repas.

Formes et présentation :

Boîte de 10 comprimés enrobés dosés à 200 mg d'ofloxacin

Boîte de 20 comprimés enrobés dosés à 200 mg d'ofloxacin

Liste I

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

Rachid LAMRINI - Pharmacien Responsable

Fabricant:

Abbott Biologicals BV
Veerweg 12 - 8121 AA Olst Pays-Bas



6 118000 010517

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sebaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 90DH80
Rachid Lamrini Pharmacien Responsable

1121404

Riacen® 20 mg

Piroxicam

20 gélules

Voie orale

29.70



OZIL PLUS® 20 mg

Gélules

DCI : Oméprazole

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 une toute autre question, 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 quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, il pourrait lui être nocif.
- 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.

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

1. QU'EST-CE QUE OZIL PLUS®, GÉLULE ET DANS QUELS CAS IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique :

OZIL PLUS®, gélule contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans :

- Le traitement à court terme d'ulcère duodénal actif • Le traitement à court terme d'ulcère gastrique bénin actif • Le traitement du reflux gastro-cesophagien pathologique (RGO) • Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-œsophagien • La réduction de risque majeur de saignement gastro-intestinal chez les patients gravement malades.

L'efficacité et l'innocuité d'OZIL PLUS® n'a pas été démontré chez les enfants de moins de 18 ans.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE OZIL PLUS®, GÉLULE ?

Contre-indications :

Ne prenez jamais OZIL PLUS®, gélule :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans OZIL PLUS® • Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (IPP) médicamenteux.

Précautions d'emploi ; Mises en garde spéciales :

Avant de prendre OZIL PLUS®, gélule informer votre Médecin si :

- On vous a dit que vous avez un faible taux de magnésium, de calcium et de potassium dans le sang • Vous avez des problèmes hépatiques • Vous avez une insuffisance cardiaque • Vous avez le syndrome de Barter (un trouble du rein rare) • Vous avez des allergies
- Vous avez d'autres conditions médicales • Vous êtes enceintes ou vous programmez de le devenir. On ne sait pas si OZIL PLUS® peut nuire à votre bébé naître • Vous allaitez ou vous envisagez d'allaiter.

Ozil plus® 20 mg

Oméprazole

LOT: 180183
PER: 05/2021
PPV: 102.00 DH

une surveillance par vous-même • Arrêt de l'administration d'OZIL PLUS® • Mometazone/héparate (MMF) • Médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres anti vitamines K; une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'OZIL PLUS® • Rifampicine (utilisé pour traiter la tuberculose) • Atazanavir (utilisé pour traiter l'infection VIH) • Cyclosporine • Benzodiazépine • Tacrolimus (dans le cas de greffe d'organe) • Milperuton (Hypericum perforatum) (utilisé dans le traitement de la dépression modérée) • Disulfirame • Saquinavir (utilisé pour traiter l'infection VIH) • Clopidogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus)) • Produit contenant du fer • Méthotrexate • Un antibiotique contenant ampicilline • Clarithromycine

Il est important que vous informiez votre médecin de tous les autres médicaments que vous prenez.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

Si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être, dites-le à votre médecin avant de prendre OZIL PLUS®. Votre médecin décidera si vous pouvez prendre OZIL PLUS® pendant cette période.

Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre OZIL PLUS® pendant l'allaitement.

Sportifs

Sans objet.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines

Sans objet.

3. COMMENT PRENDRE OZIL PLUS®, GÉLULE ?

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas