

# 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.

## 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

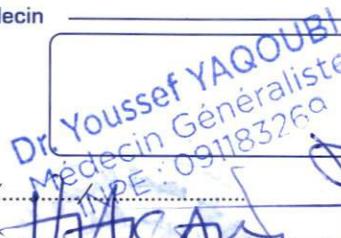
Reclamation : contact@mupras.com

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



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/09/2022	C	148.88		Dr. Youssef YAQOUB Médecin Généraliste INPE : 091183210

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JNANNE SOFIA SARL Riad SOFIJA GH2N 157 Tél: 05 22 65 08 57	20/09/2022	120,-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



## وَصْفَةُ ORDONNANCE

Le .. 26/09/2020

n ← Hossein Shleha

*Landis*

$$15 \times 3 \} \cdot 28$$

13

A circular blue stamp with handwritten text. The text "ANE SOFIA LIBRARY" is written in a clockwise arc at the top, and "Tél. 05 22 65 08 57" is written in a clockwise arc at the bottom. The stamp is slightly faded and has a blue tint.

Dr. Youssef YACQUBI  
Médecin Généraliste  
INPE : 091183269

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

AZ®

## A. Azithromycine

### FORMES ET PRÉSENTATIONS :

- Comprimés 500 mg - Boîte de 3 sous plaquette thermoformée Alu/PVC.
- Gélules 250 mg - Boîte de 6 sous plaquette thermoformée Alu/PVC.
- Poudre pour suspension buvable 200 mg / 5 ml - Flacons de 15 et 30 ml.

### COMPOSITION :

#### AZ® Comprimés 500 mg :

Azithromycine (sous forme dihydrate) ..... 500 mg  
Excipient QSP ..... 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose.

#### AZ® Gélules 250 mg :

Azithromycine (sous forme dihydrate) ..... 250 mg  
Excipient QSP ..... 1 gélule

Excipients à effet notoire : Lactose.

#### AZ® Poudre pour suspension buvable :

Azithromycine (sous forme dihydrate) ..... 200 mg  
Excipient QSP ..... 5 ml  
Excipients à effet notoire : Saccharose – Parahydroxybenzoate de méthyle.

### PROPRIÉTÉS :

#### *Antibactérien à usage systémique (anti-infectieux).*

Antibiotique de la famille des macrolides, classe des azalides, Code ATC : J01FA10.

### INDICATIONS :

Traitements des infections dues aux germes définis comme sensibles :

#### AZ® comprimés 500 mg et gélules 250 mg :

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
- Infections stomatologiques.

#### AZ® Poudre pour suspension buvable :

- Angines à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé, chez l'enfant à partir de 3 ans.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.

### CONTRE-INDICATIONS :

- Comme avec l'érythromycine et d'autres macrolides, de rares réactions allergiques graves à type d'œdème de Quincke et de réactions anaphylactiques ont été rapportées.

- En raison de la présence de saccharose dans la suspension, ce médicament et contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en sucrase-isomaltase.
- La suspension AZ® contient du saccharose. En tenir compte.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

#### Grossesse :

- Il est préférable l'azithromycine au co
- En raison du bénéfice, la pose peut être envisagée en cas de besoin.

#### Allaitemen

Chez la femme allaitante, la pose sous avis du médecin.

*En cas de doute, demander l'avis de votre pharmacien.*

**AZ® est un médicament : ne pas laisser à la portée des enfants.**

### EFFETS INDESIRABLES :

Possibilité de survenue de :

- Candidose.
- Thrombocytopenie.
- Réactions d'hypersensibilité, exceptionnellement œdème de Quincke.
- Rares cas d'agressivité, nervosité, agitation et anxiété.
- Sensations vertigineuses, rares cas de convulsions.
- Rares cas de dysgueusies et/ou dysosmie pouvant aller jusqu'à l'agueusie et/ou l'anosmie.
- Rares cas de troubles de l'audition avec acouphène ou surdité, réversibles dans la majorité des cas.
- Rares cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes.
- Nausées, vomissements, dyspepsie, diarrhée (rarement sévère), gêne abdominale, pancréatite, rares cas de colites pseudomembraneuses.
- Augmentation des enzymes hépatiques réversible à l'arrêt du traitement.
- Rares cas de nécrose hépatique et d'insuffisance hépatique.
- Des cas isolés d'hépatite cholestatique.
- Rash cutané, photosensibilité, urticaire, prurit.
- Arthralgies.

**TOUT EFFET INDESIRABLE SURVENU LORS DU TRAITEMENT DOIT ETRE COMMUNIQUE**



45x20x100

3

AZ®

## A. Azithromycine

### FORMES ET PRÉSENTATIONS :

- Comprimés 500 mg - Boîte de 3 sous plaquette thermoformée Alu/PVC.
- Gélules 250 mg - Boîte de 6 sous plaquette thermoformée Alu/PVC.
- Poudre pour suspension buvable 200 mg / 5 ml - Flacons de 15 et 30 ml.

### COMPOSITION :

#### AZ® Comprimés 500 mg :

Azithromycine (sous forme dihydrate) ..... 500 mg  
Excipient QSP ..... 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose.

#### AZ® Gélules 250 mg :

Azithromycine (sous forme dihydrate) ..... 250 mg  
Excipient QSP ..... 1 gélule

Excipients à effet notoire : Lactose.

#### AZ® Poudre pour suspension buvable :

Azithromycine (sous forme dihydrate) ..... 200 mg  
Excipient QSP ..... 5 ml  
Excipients à effet notoire : Saccharose – Parahydroxybenzoate de méthyle.

### PROPRIÉTÉS :

#### *Antibactérien à usage systémique (anti-infectieux).*

Antibiotique de la famille des macrolides, classe des azalides, Code ATC : J01FA10.

### INDICATIONS :

Traitements des infections dues aux germes définis comme sensibles :

#### AZ® comprimés 500 mg et gélules 250 mg :

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
- Infections stomatologiques.

#### AZ® Poudre pour suspension buvable :

- Angines à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé, chez l'enfant à partir de 3 ans.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.

### CONTRE-INDICATIONS :

- Comme avec l'érythromycine et d'autres macrolides, de rares réactions allergiques graves à type d'œdème de Quincke et de réactions anaphylactiques ont été rapportées.

- En raison de la présence de saccharose dans la suspension, ce médicament et contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en sucrase-isomaltase.
- La suspension AZ® contient du saccharose. En tenir compte.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

#### Grossesse :

- Il est préférable l'azithromycine au co
- En raison du bénéfice, la pose peut être envisagée en cas de besoin.

#### Allaitemen

Chez la femme allaitante, la pose sous avis du médecin.

*En cas de doute, demander l'avis de votre pharmacien.*

**AZ® est un médicament : ne pas laisser à la portée des enfants.**

### EFFETS INDESIRABLES :

Possibilité de survenue de :

- Candidose.
- Thrombocytopenie.
- Réactions d'hypersensibilité, exceptionnellement œdème de Quincke.
- Rares cas d'agressivité, nervosité, agitation et anxiété.
- Sensations vertigineuses, rares cas de convulsions.
- Rares cas de dysgueusies et/ou dysosmie pouvant aller jusqu'à l'agueusie et/ou l'anosmie.
- Rares cas de troubles de l'audition avec acouphène ou surdité, réversibles dans la majorité des cas.
- Rares cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes.
- Nausées, vomissements, dyspepsie, diarrhée (rarement sévère), gêne abdominale, pancréatite, rares cas de colites pseudomembraneuses.
- Augmentation des enzymes hépatiques réversible à l'arrêt du traitement.
- Rares cas de nécrose hépatique et d'insuffisance hépatique.
- Des cas isolés d'hépatite cholestatique.
- Rash cutané, photosensibilité, urticaire, prurit.
- Arthralgies.

**TOUT EFFET INDESIRABLE SURVENU LORS DU TRAITEMENT DOIT ETRE COMMUNIQUE**



45x20x100  
3

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 964421 N° SEJOUR : 200058136

FACTURE N° 2005035253

DATE D'ENTREE : 20/09/2020 DATE DE SORTIE : 20/09/2020

ASSURE :

MALADE : HAKANI,Abdelhadi

UF: 5002 URGENCES

NOM JEUNE FILLE :

N° IMMAT C.N.S.S :

TIERS PAYANT 1 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

HAKANI,Abdelhadi

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				11.96					0.00	11.96
FOURNITURES MEDICALES				1.92					0.00	1.92

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE) TOTAUX : 148.88 148.88

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUARANTE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT HUIT CENTIMES

PLAFOND PC : ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 148.88

DATE FACTURE : 20/09/2020 EDITEE LE : 20/09/2020 PAR: MOURAD

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31