

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.

Radiologie 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 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.

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° W19-558001

48520

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAKOUT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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) :



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

25/09/2020

53,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

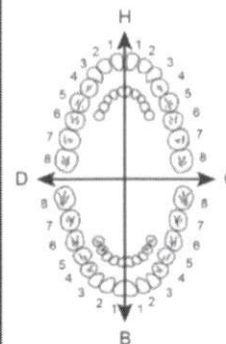
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

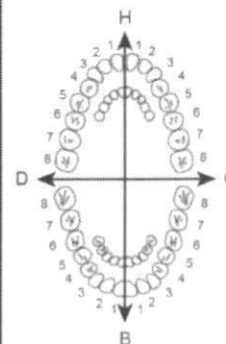
AM PC IM IV

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE OULED HRIZ

KAMILI Bouchaïb
pharmacien

124, Bd. Med V - Berrechid - Tél. : 33.73.51

FACTURE N° 2335

Date.....

M. YAKOUTY SANAF

MODE DE PAIEMENT : ☐ ESPECES ☐ CHEQUE ☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT: 25/09/2020

Qté	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	VITAMINE D3 B.O.N 200.000 UI / 1ml	20,90	20,90
1	Starpen	32,90	32,90
facture réglée à cinquante trois dinars et 80 centimes			
KAMILI Bouchaïb Pharmacie Ouled Hriz 124, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295			

Star

LOT 190362 1 EXP 02/23
PPV 32.90 DH

Composition

Starpen 400 granulé :

5 ml (1 cuillère - mesure) de la suspension prête à l'emploi contient :

Benzathine phénoxyméthylpénicilline (correspondant à env. 250 mg de phénoxyméthylpénicilline)	400.000 UI
Benzoate de sodium	25 mg
Saccharine sodique	5,8 mg
Saccharose	2,0 g

Starpen 1000

Phénoxyméthylpénicilline de potassium	0,658 g
(Correspondant à 1000000 UI)	
Excipient q.s.p.	1 cp

Propriété

La phénoxyméthylpénicilline est une pénicilline d'administration orale douée d'une puissante activité antibactérienne. Elle exerce une action bactéricide sur les microorganismes sensibles en phase de multiplication en inhibant la biosynthèse de la paroi cellulaire du germe ; Le spectre d'action de la phénoxyméthylpénicilline est pratiquement identique à celui de la benzylpénicilline et englobe les streptocoques du groupe A, C, G, H, L et M, les *Streptococcus pneumocoques*, les staphylocoques et les neisseries non producteurs de pénicillinase, les autres germes sensibles sont *Erysipelothrix rhusiopathiae*, *Listeria*, *Corynebacteria*, *Bacillus anthracis*, actinomycètes, *Streptobacilles*, *Pasturella multocida*, *Spirillum minus* et les germes de l'ordre des Spirochetales (leptospires, tréponèmes, bartellie et autres spirochètes) ainsi que de nombreuses anaérobies (papilocoques, peptostreptocoques, sobactéries, clostridies, etc) ; les entérocoques (streptocoques du groupe D) ne sont que partiellement sensibles.

Sort du médicament

Phénoxyméthylpénicilline n'est pas inactivée par l'acidité gastrique. Sa bonne résorption rapide conduit en l'espace de 30 à 60 minutes à des pics de concentration sérique tissulaire de pénicilline qui assurent un traitement sûr. La demi-vie plasmatique est de 30 à 45 minutes et la liaison aux protéines plasmatique de l'ordre de 55%. La diffusion tissulaire dans les reins, les pumons, le foie, la peau, les muqueuses, les muscles et dans la majorité des liquides organiques - surtout en cas d'inflammation - est bonne. Par contre, la pénétration dans les os est médiocre. La phénoxyméthylpénicilline est principalement éliminée par voie rénale sous forme intacte, une faible partie est excrétée sous forme active par voie biliaire.

Indications

Starpen est indiqué dans le traitement curatif et préventif des infections légères à graves provoquées par des germes pénicillino-sensibles :

Infections de la sphère O.R.L.

- Angine à streptocoques (scarlatine, angine tonsillaire, angine de Vincent, pharyngite, tonsillo-pharyngite, rhinopharyngite purulente), otite moyenne aiguë, sinusite

Infections des voies respiratoires

- Bronchite bactérienne, pneumonie bactérienne et bronchopneumonie non justiciable d'une pénicillino-thérapie par voie parentérale.

Infections cutanées

- Erysipèle, érysipéloïde, pyodermies (impétigo contagieux, furonculose), abcès phlegmons, érythème chronique migrateur et autres manifestations cliniques de la maladie de Lyme.

Autres infections

- Blessures par morsures (par ex. plaies de la face ou plaies profondes de la main) et brûlures.

VITAMINE D3 B.O.N.®

200 000 UI/1 ml

Cholécalciférol

Solution injectable IM en ampoule

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Cholécalciférol (vitamine D3) 200 000 UI

Excipient : triglycérides à chaîne moyenne q.s.
pour 1 ampoule.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable en ampoule de 1 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

VITAMINE D.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

DE LA DÉCISION D'ENREGISTREMENT

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

HAUPT PHARMA LIVRON

26250 LIVRON - FRANCE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans la prévention et le traitement des carences en vitamine D.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie à l'un des constituants, notamment à la vitamine D,
- hypercalcémie (taux anormalement élevé de calcium dans le sang),
- hypercalciurie (taux anormalement élevé de calcium dans les urines),
- lithiase calcique (calcul rénal).

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

MISES EN GARDE SPECIALES

Afin d'éviter un surdosage en vitamine D, prévenir votre médecin en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

En cas d'administration de fortes doses et répétées de vitamine D, ou en cas d'association avec des fortes doses de calcium, il est nécessaire de surveiller le taux de calcium dans le sang et les urines.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI
EN CAS DE DOUTE N
DEMANDER L'AVIS DE VO
VOTRE PHARMACIEN.**

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET

AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

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

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE

Dans tous les cas, se conformer à l'avis de votre médecin.

Les posologies usuelles sont les suivantes :

En prévention :

Chez le nourrisson recevant un lait enrichi en vitamine D : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 6 mois.

Chez le nourrisson allaité ou ne recevant pas de lait enrichi en Vitamine D et chez l'enfant jeune jusqu'à 5 ans : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois.

Chez l'adolescent : 1 ampoule (soit 200 000 UI) tous les 6 mois en période hivernale.

Chez la femme enceinte : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) au 6^{ème} ou 7^{ème} mois de grossesse.

Chez le sujet âgé : 1/2 ampoule (soit 100 000 UI) tous les 3 mois.

En cas de pathologie digestive, de traitement anticonvulsivant ou autres conditions particulières décrites ci-dessus : se conformer à la prescription médicale.

Traitement de la carence en vitamine D :

1 ampoule (soit 200 000 UI) éventuellement répétée une fois après 1 à 6 mois.


CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE SITUATION PRECISE :

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie IM. L'ampoule peut être également administrée par voie orale.

ZENITH Pharma
AMM N°471/16DMP/21/NNPR

6 118001 272228
PPV : 20,90 DH