

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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.

## Prothèse 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007838

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750

Société : 54542

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MR IBRAHIMI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : 47 Mustapha EL MANFROUT -

Gauthier CHSA

Tél. : 0661241340

Total des frais engagés : 366,20

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI MOHAMED

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Toux Chroniques

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 : 6120

Le : 6 / 1 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : CHSA



# 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
19/12/20	JS		300 DH	
12				
2020				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/20	210,00
	21/12/20	156,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

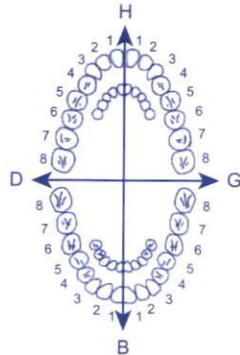
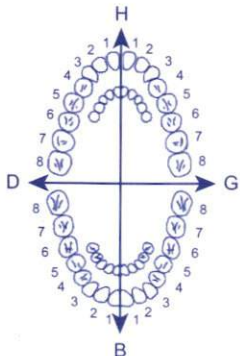
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابقا بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي  
تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : .....

19/12/2020

IBRAHIMI MOHAMED

21/9/20

- Romilast 10 mg  
1 comprimé, soir, pendant 1 mois



PHARMACIE AL A  
Dr BENCHEKROUN Ediss  
83, Bd. Massara Al Khad  
Tél: 05 22 23 75 22 - 05 22 23 75 23

Dr Abdelaziz AICHANE  
Professeur  
Pneumo-Allergologie  
40 Rue des Hôpitaux  
Tél: 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

40, شارع المستشفيات, الطابق الأول, رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03





# Romilast<sup>®</sup> 10 mg

(Montélukast), Comprimés Pelliculés

# Romilast<sup>®</sup> 10 mg

(Montélukast), Comprimés Pelliculés

**Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- 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, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

## **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés ?
3. COMMENT PRENDRE ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

## **1. QU'EST-CE QUE ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

La substance active de ROMILAST<sup>®</sup> est le Montélukast sodique qui fait partie de la classe pharmacothérapeutique des anti-asthmatiques pour usage systémique et antagonistes des récepteurs aux leucotriènes (code ATC : R03DC03).

Les leucotriènes provoquent un rétrécissement et un gonflement des voies respiratoires dans les poumons. En bloquant les leucotriènes, ROMILAST<sup>®</sup> comprimés pelliculés améliorent les symptômes de l'asthme et aide à maîtriser l'asthme.

ROMILAST<sup>®</sup> 10 mg est indiqué dans :

- Le traitement additif chez les patients présentant un asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalée et chez qui les bêta-2 mimétiques à action immédiate et de courte durée administré « à la demande » n'apportent pas un contrôle clinique suffisant de l'asthme.

Pour ces mêmes patients, chez qui ROMILAST<sup>®</sup> 10 mg peut en même temps apporter un soulagement saisonnier.

- Le traitement préventif de l'asthme induit par l'exercice.



ne, ROMILAST<sup>®</sup> rhinite allergique

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés ?**

**Ne prenez jamais ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés si :**

Vous êtes hypersensible à la substance active ou à l'un des excipients.

**Faites attention avec ROMILAST<sup>®</sup>, comprimés pelliculés :**

**Mises en gardes spéciales et Précautions d'emploi :**

- Informez votre médecin en cas de problèmes médicaux ou d'allergies que vous présentez ou avez présenté.





# Azyter 15 mg/g,

## collyre en solution en récipient unidose

### Azithromycine dihydrate

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez 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 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 un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### **Dans cette notice :**

1. Qu'est-ce que AZYTER 15 mg/g, collyre en solution en récipient unidose et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser AZYTER 15 mg/g, collyre en solution en récipient unidose ?
3. Comment utiliser AZYTER 15 mg/g, collyre en solution en récipient unidose ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver AZYTER 15 mg/g, collyre en solution en récipient unidose ?
6. Informations supplémentaires.

#### **1. QU'EST-CE QUE AZYTER 15 MG/G, COLLYRE EN SOLUTION EN RECIPIENT UNIDOSE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

AZYTER contient de l'azithromycine, un antibiotique de la famille des macrolides.

AZYTER est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil.

#### **Grossesse**

AZYTER peut être utilisé pendant la grossesse. Ce médicament peut vous être prescrit par votre médecin pendant votre grossesse, s'il le juge nécessaire.

#### **Allaitement**

Quelques données montrent que l'azithromycine est excrétée dans le lait maternel. Ce médicament peut être utilisé pendant l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

#### **Conduite de véhicules et utilisation de machines**

La vision peut être brouillée de façon passagère après l'administration du produit dans l'œil. Attendez d'avoir retrouvé une vision normale avant de conduire un véhicule ou d'utiliser des machines.

#### **3. COMMENT UTILISER AZYTER**

##### **COLLYRE EN SOLUTION EN RECIPIENT UNIDOSE ?**

Ce médicament est utilisé dans l'œil (voir schéma ci-dessous).

**Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou du médecin traitant votre enfant. Vérifiez auprès de votre médecin, du médecin traitant votre enfant ou de votre pharmacien en cas de doute.**

#### **Posologie**

La dose recommandée pour les adultes (incluant les personnes âgées) et les enfants de la naissance à l'âge de 17 ans est de 1 goutte

