

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 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0031266

168840

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15063 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUATAD Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 74 11 67 18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 05 N°53, 2^{ème} Etg Passage Prince
Boulevard H. Hassani - Casablanca
Tél. : 0522 99 98 07

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : OUATAD MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : H.T.A. + Basse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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
01 02 23	C	-	150,00	Docteur Omar BENNOUNA Médecine Générale Rue 65 N°53 2 Et. Passage Prince El-Hachem H. Hassani - Casablanca tel: 0522 99 98 07 091027433

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

01/02/23 346,80

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

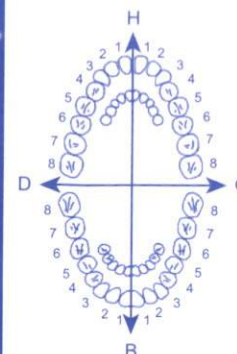
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENNOUNA

Médecine Générale
Echographiste

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier,
Ex. Médecin des F.A.R
Attestation de DIU

Rue 65 N°53, 2^{ème} Etag Passage Prince
Ettaâoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

كتور عمر بنونة

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى
من كلية الطب بموالياي بفرنسا
طبيب سابق في القوات المسلحة الملكية
شهادة في وضع اللولب - العملية الصغيرة

Casablanca, le 01/02/23

M^{re} MOHAMED

OUAJAD
Tél.: 0522 90 32 63
Hay Hassani - Casablanca
10 Ave. Afghanistan
PHARMACIE CHIFA
REVEAL SARI
Après
hps

79.70



ia

500 mg

1cp 1x

x3j

38.90



Amp

10mg

1cp 1x

matin

175.40



Varicor

87.70 x2

2x 35mg

N°2

1cp 1x

52.80



Prozal

20mg

1gél 1x matin

346.80

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 N°53, 2^{ème} Etag Passage Prince
Ettaâoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 6

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement des infections dues aux

- infections respiratoires hautes (pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite;

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydiae).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.

- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.

- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

79,70
PPV 790H70
PER 07/25
LOT L2537



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

12/20 101005

AMEP® 5 mg & 10 mg, Tablets

Box of 14, 28 & 56.

Amlodipine

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it contains important information for you.

- Keep this leaflet. You may need to refer to it.
- If you have any further questions, ask your doctor or pharmacist.
- This medicine has been prescribed for you because your doctor thinks it may help you.
- It may harm you, even if their signs and symptoms seem mild.
- If any of the side effects get serious or if you notice any effects not listed in this leaflet, please tell your doctor or pharmacist.

What is in this leaflet:

1. What AMEP® 5 & 10 mg Tablets are and what are they used for?
2. What you need to know before you take AMEP® 5 & 10 mg Tablets?
3. How to take AMEP® 5 & 10 mg Tablets?
4. What are the possible side effects?
5. How to store AMEP® 5 & 10 mg Tablets?
6. Further information

1. What AMEP® 5 & 10 mg Tablets are and what are they used for?

AMEP® contains the active substance amlodipine which belongs to a group of medicines called calcium channel blockers.

AMEP® is used to treat high blood pressure (hypertension) or a certain type of chest pain called angina, a rare form of which is Prinzmetal's angina.

In patients with high blood pressure this medicine works by relaxing blood vessels, so that blood passes through them more easily. In patients with angina, AMEP® works by improving blood supply to the heart muscle which then receives more oxygen and as a result chest pain is prevented. This medicine does not provide immediate relief of chest pain from angina.

2. What do you need to know before you take AMEP® 5 & 10 mg Tablets?

Do not take AMEP® Tablet:

- If you are allergic (hypersensitive) to amlodipine or any other ingredients of this medicine listed in section "Composition", or to any other calcium channel blockers. This may be itching, reddening of the skin or difficulty in breathing.
- If you have severe low blood pressure (hypotension).
- If you have narrowing of the aortic heart valve (aortic stenosis) or cardiogenic shock (a condition where your heart is unable to supply enough blood to the body).
- If you suffer from heart failure after a heart attack.

Pay attention with AMEP® Tablet:

Talk to your doctor or pharmacist before taking AMEP®.

You should inform your doctor if you have or have had any of the following conditions:

- Recent heart attack
- Heart failure
- Severe increase in blood pressure (Hypertensive crisis)
- Liver disease
- You are elderly and your dose needs to be increased

Children and adolescents:

AMEP® has not been studied in children under the age of 6 years. AMEP® should only be used for hypertension in children and adolescents from 6 years to 17 years of age (see section 3). For further information, talk to your doctor.

Other medicines and AMEP® Tablets:

Tell your doctor or pharmacist if you are taking or have recently taken any other medicines, including medicines obtained without a prescription.

AMEP® may affect or be affected by other medicines, such as:

- ketoconazole, itraconazole (anti-fungal medicines),
 - ritonavir, indinavir, nelfinavir (so called protease inhibitors used to treat HIV),
 - rifampicin, erythromycin, clarithromycin (antibiotics),
 - *Hyphomys perforatum* (millepertuis),
 - verapamil, diltiazem (heart medicines),
 - dantrolene (infusion for severe body temperature abnormalities),
 - tacrolimus, sirolimus, temsirolimus, and everolimus (medicines used to alter the way your immune system works),
 - simvastatin (cholesterol lowering medicine),
 - cyclosporine (an immunosuppressant).
- AMEP® may lower your blood pressure even more if you are already taking other medicines to treat your high blood pressure.

AMEP® with food and drink:

Grapefruit juice and grapefruit should not be consumed by people who are taking AMEP®. This is because grapefruit and grapefruit juice can lead to an increase in the blood levels of the active ingredient amlodipine, which can cause an unpredictable increase in the blood pressure lowering effect of AMEP®.

Pregnancy and breast-feeding:

Pregnancy:

**VASCOR LM ® 35 mg, comprimés pelliculés à libération
Boîtes de 30, 60 & 90,
(Trimétazidine)**

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant
de prendre le médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute
demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne
prenez pas d'autres médicaments sans avis de votre médecin.
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. COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Substance active :

Dihydrochlorure de Trimétazidine 35,00 mg
Pour 1 comprimé pelliculé

Excipients : Hydrogénophosphate de calcium dihydraté, Povidone,
Hydroxypropylméthylcellulose, Stéarate de magnésium, Hydroxypropylméthylcellulose
E-15, Dioxyde de titane, Talc, Propylène glycol, Alcool isopropylique, Eau purifiée q.s.p 1
comprimé pelliculé.

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE A VISEE ANTI-ANGINEUSE - code ATC :
C01EB15.

3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est préconisé chez l'adulte en association à d'autres médicaments, dans
le traitement de l'angine de poitrine (douleur de la poitrine due à une maladie
coronarienne).

4. POSOLOGIE

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre
médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Mode vales et fréquence d'administration :

La posologie recommandée de VASCOR LM ® 35mg, comprimé pelliculé à libération
modifiée, est d'un comprimé deux fois par jour, matin et soir, à avaler au cours des repas.
Si vous avez des problèmes au niveau du rein ou que vous êtes âgés de plus de 75 ans,
votre médecin peut ajuster la posologie recommandée.

Durée du traitement :

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE
VOTRE MEDECIN**

5. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais VASCOR LM ® 35mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la trimétazidine ou à l'un des autres
composants de ce médicament.

- Si vous avez une maladie de Parkinson, maladie du cerveau affectant les mouvements
(tremblement, raideur de la posture, mouvements lents, démarche déséquilibrée avec
une tendance à traîner les pieds).

- Si vous avez des problèmes rénaux graves.

6. EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, VASCOR LM ® 35mg, comprimé pelliculé à libération
modifiée est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit
pas sujet. Les effets indésirables suivants ont été décrits :

Fréquent (survenant chez moins de 1 patient sur 10) :

Vertige, maux de tête, douleur abdominale, diarrhée, digestion difficile, sensation d'être
malade, vomissement, éruption cutanée, démangeaison, urticaire et sensation de fatigue.

Rare (survenant chez moins de 1 patient sur 1000) :

Battements rapides ou irréguliers du cœur (appelés également palpitations), battements
cardiaques extra-systoliques, accélération des battements du cœur, chute de la pression
artérielle lors du passage à la position debout pouvant s'accompagner de vertiges,
sensation accentuée de lumière, évanouissement, malaise (en général vous ne vous
sentez pas bien), chute, rougeurs brusques du visage.

**Indéterminée la fréquence ne peut être déterminée à partir des données
disponibles :**

• Symptômes extrapyramidaux (mouvements inhabituels incluant tremblement des mains
et des doigts, déformation des mouvements du corps, démarche en traînant des pieds,
raideur des bras et des jambes) habituellement réversibles à l'arrêt du traitement.

• Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, somnolence), sensation de tête qui tourne
(vertige), constipation, importante rougeur se généralisant à tout le corps avec des
pustules, gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge pouvant provoquer
des difficultés pour avaler ou respirer.

• Diminution importante du nombre de cellules sanguines de la lignée blanche pouvant

87,70
comprimé pelliculé à libération modifiée.
Ce médicament n'est pas un traitement de
traitement initial de la crise d'angine de poitrine
l'infarctus du myocarde.

En cas de survenue d'une crise d'angine de poitrine,
examens pourront vous être demandés et le
Ce médicament peut induire ou aggraver de
de la posture, mouvements lents, démarche
les pieds, surtout chez les personnes âgées
votre médecin, qui pourra réévaluer votre tra
Ce médicament est généralement déconseillé
Des chutes peuvent survenir à la suite d'une
de l'équilibre (voir description des effets indésirables)
Enfants et adolescents
VASCOR LM ® 35mg, comprimé pelliculé à libération
aux enfants âgés de moins de 18 ans.

8. INTERACTIONS

Interactions avec d'autres médicaments :
Informez votre médecin ou votre pharmacien
pourriez prendre tout autre médicament.
Interactions avec les aliments et les boissons :
Sans objet.

**9. UTILISATION EN CAS DE GROSSESSE
Grossesse**
Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.
découvrez que vous êtes enceinte pendant la grossesse,
demandez conseil à votre médecin.

Allaitement
En l'absence de données sur le passage dans le lait maternel,
doit pas être utilisé pendant l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous êtes
grossesse, demandez conseil à votre médecin.
Sportifs :
Sans objet.

**10. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT
VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES**
Ce médicament peut vous donner la sensation
envie de dormir, ce qui peut affecter votre capacité
des machines.

**11. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE
Consulter immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.**

12. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION
Reprenez le traitement normalement. Ne prenez pas
dose que vous avez publié de prendre.

13. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE PARTICULIER
Sans objet.

Conditions de prescription et de délivrance
Tableau A (Liste I).

Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes
non restreint.

Précaution particulière de conservation

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Tenir hors de la portée des enfants.
Ne pas utiliser après la date de péremption.
Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout.
Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments
plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

La dernière date à laquelle cette notice a été mise à jour.

PPV: 52DH80
PER: 12/24
LOT: L1696-3



ns à votre
autre, même

en v
• 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.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg : 20 mg
Oméprazole (DCI)
Excipients qsp 1 gélule

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante 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.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.
Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.
- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.
- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :
1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :
1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

