

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

- 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.

M23-000514

156261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7394 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAGDAD ALAI

Date de naissance : 21/08/65

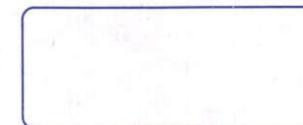
Adresse : RUE 3 JUILLET BD ABDELLAH ZAK

El ou FA

Tél. 066.1306662 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

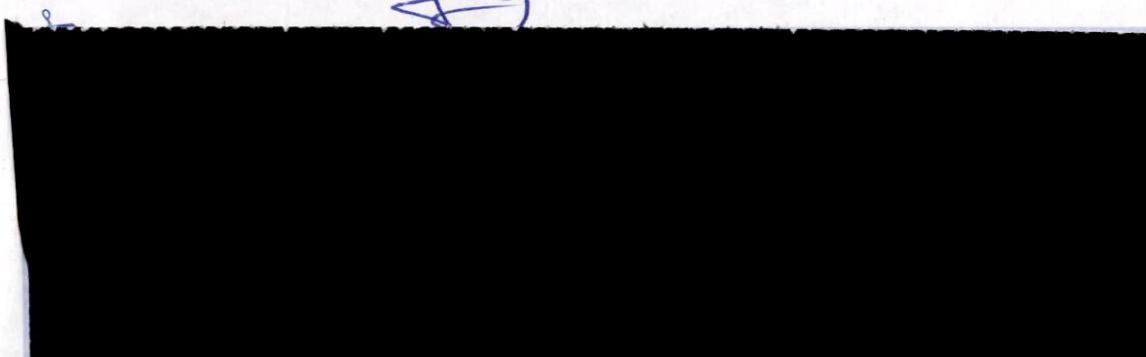
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------------------|-----------------------|
| PHARMACIE CUKKOS YOUNES KHALYACHI 127 Bd Hassan II Casablanca Tel: Fax: 05 22 90 51 07 | 10 Mai 18/05/2023 | Dhs 180 |

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE LOUKKOS

YOUNES BELAYACHI

125.127 AV. OUED ZIZ - OULFA-
CASA

Taxe Profes. N°: 37989118

N° R.C. : 256277 N° CNSS : 2346882

N° ID.F. : 40482148 N° ICE: 001512220000076
Tel : 0522905107

Fax :

BAGDAD KARIM

Le : 10/04/2023

FACTURE N°: 3701/23

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|---------|---------------------|-------|---------|---------|
| 1 | OEDES 20 MG / 14 CP | 52,80 | 7 | 52,80 |
| TVA 7%: | | 3.45 | Total : | |
| | | | 52,80 | |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

PHARMACIE LOUKKOS SARL
YOUNES BELAYACHI
125.127 Av. Oued Ziz Casablanca
Tél: 0522905107 Fax: 0522905107

- في بلع البرشامات: كأس من الماء أو صلص على كمية صغيرة على الأنفاس). أو مرسون الخليط متجانساً
- الكأس بالماء وشربه.
- تحتوي على الماء.
- مكونات أخرى يحتوي آخرى من مثبطة سيفيرازول، الرايميرازول.
- (الذى يستخدم في 20 ملء، إذا كانت لديك أوديس 20 ملء.

دواء تأثيرات غير مرغوب
النادرة ولكن الخطيرة.
الاتصال بالطبيب:
من اونتناخ الشفرين
أو فدان الوعي أو
براضا لمرض الكبد.

في بعض
نه بذري في الشفرين
ند يدل ذلك على وجود
بخري.

في محمود شخص واحد

حيط طريقة انتقال

نشاط.

في محمود شخص واحد

خلايا الدم البيضاء أو

ثار ضعف في المناعة.

دا، بما في ذلك انتفخ

د يؤدي ذلك إلى ارتفاع

- إذا كان الباز يخرج أسود (ملون بالدم).
- إذا كنت تعاني من الإسهال الحاد أو المستديم، لأن الرايميرازول قد قرّين بارتفاع طفيف في الإسهال المكتبي.
- إذا كانت لديك مشكلات كبيبة حادة.
- إذا قمت بتناول الجيل بعد العلاج بدواء مشابه لأوديس بقليل من محض المعدة.

(Chromogranine A)
إذا كنت تأخذ أوديس 20 ملء لمدة طويلة (أكثر من سنة) فسوف يقوم طيفك عراقتك بانتظام، حيث أن خدمة بدقة كل الأعراض والآلام الجديدة أو الاستثنائية عند زيارات الطبيب.
أخذ مثبطة مضحة البريونون مثل أوديس 20 ملء. وخصوصاً إذا تعددت مدة العلاج أكثر من سنة. قد يزيد قليلاً من خطر كسور الورك والراس أو العمود الفقري. أخير طبيب إذا كان لديك مرض هشاشة العظام أو إذا كنت تأخذ الكورتيكوجيد (corticoides) (والتي يمكن أن تزيد من خطر هشاشة العظام).
إذا تعرضت لطبع جلدي، خاصة في المناطق العرضية للشمس. أخير طبيب في أقرب وقت ممكن. حيث قد تحتاج إلى التوقف عن تناول أوديس 20 ملء. لا تنس أن تذكر أي آثار ضارة أخرى، مثل الالم في المفاصل.

الأطفال:

قد يحتاج بعض الأطفال للصابين بأمراض مزمنة إلى علاج طويل الأمد. على الرغم من عدم التوصية بذلك. لا نعطي هذا الدواء للأطفال دون سن 1 سنة أو أقل من 10 كجم.
الإشعارات المتعلقة بالسواءات ذات تأثير معروفة:
نظراً لاحتواء هذه الدواء على السكرورون فإنه لا ينصح باستعماله في حالة حساسية ضد الفروكوتوز أو متلازمة سوء لمتصاص القلاعوز أو الغلاكتوز أو نفس في آرم السكر / إيزومالتاز (أمراض وراثية نادرة).

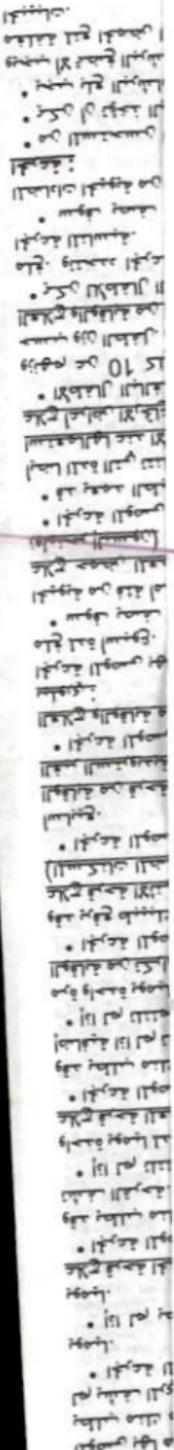
٩. التفاعل مع الأدوية وغيرها من التفاعلات:

تناول أدوية أخرى:
إن كنت تتناول أو تناولت مؤخراً دواء آخر، بما في ذلك دواء دون وصفة طبية. أخير طبيب بذلك أو الصيدلي. فقد تنتج عن تناول أوديس 20 ملء تأثيرات على أدوية أخرى، كما أن بعض الأدوية قد يكون لها تأثير على أوديس 20 ملء.
لا يجب أن تتناول أوديس 20 ملء إذا كنت تتناول دواء يحتوي على نيميتافير (يستخدم لعلاج داء فقدان المناعة).
عليك أن تخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أحد الأدوية الآتية:
* النيتوكريونازول، النيتوكريونازول، الموزاكريونازول أو الفوريكريونازول (دوية تستعمل لعلاج الاصابات الطارئة).
* الديجووكسین (التي تستعمل لعلاج أمراض القلب).
* الديازيرام (المستعمل في علاج الفلق والصرع أو كمساعد على ارتخاء العضلات).
* الفينيتونين (المستعمل في الصرع). إذا كنت تتناول الفينيتونين فمن الضروري الخضوع لمراقبة الطبيب عند البدء في تناول أوديس 20 ملء وعند التوقف عن تناوله:
* مضادات تخثر الدم التي تجعل الدم أكثر سبيولة مثل الوارفارين أو غيرها من فيتامين ك، ومن الضروري في هذه الحالة الخضوع لمراقبة الطبيب عند الداء في استعمال أوديس 20 ملء وعند التوقف عن تناوله:

- ريفاميبسيسين (المستعمل في علاج داء السل).
- أنتارافير (المستعمل في علاج داء فقدان المناعة المكتسب).
- التاكروتيلوموس (في حالة زرع الأعضاء).
- ميليرتيونس (هيبيركوم بيرفوراتوم) (المستعمل في علاج الاكتئاب العقدي).
- سيلوسنترال (المستعمل في علاج العرق المتقطع).
- ساكروتافير (المستعمل في علاج داء فقدان المناعة المكتسب).
- كلوبوديوجيريل (التي تستعمل للوقاية من حصيات الدم (الثانية)).

Erlotinib.

* الميثوتريكسات (دواء تستعمل بجرعة عالية في العلاج الكيميائي لعلاج السرطان) - إذا كنت تأخذ جرعة عالية من الميثوتريكسات، فإن



LOT 210830
EXP 01/2024
PPV 52.80DH

اقرابة
نضج
إذا
المعلم

احتفظ بهذه التقدرة الدوائية فقد تحتاج إلى قراطتها مدة شهر

لا يجوز أبداً تناول أوديسين[®] لـ ملء :

- * إذا كانت لديك حساسية لأوميمبرازول أو لا علىها أوديسين[®] 20 ملء.
- * إذا كانت لديك حساسية لا ي منبه مضخة البرونون (مثل بانثوبرازول، لاتسيسوميمبرازول).

* إذا كنت تأخذ دواء يحتوي على نيليفيناف حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب إذا كنت في حالة المبينة أعلاه، لا تأخذ أوديسين[®] شوك. استشر طبيبك أو الصيدلي قبل تناول 7. الأعراض الجانبية:

كمثل كافية الأدوية من المفضل أن يكون لهذا ال فيها رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص، إذالاحظت أحد هذه الآثار غير المرغوب فيها توفر عن تناول أوديسين[®] 20 ملء وسارع إلى

* تحول مفاجئ للتنفس الطبيعى إلى ص واللسان والخلق أو الجسم، أو طفح جلد معروبات في البول (تفاعلات حساسية خطيرة، احمرار الجلد طفح مع بثور أو قشور الأحيان يمكن أن تكون البثور كبيرة ومصحو والعنين الفم والأنف والأعضاء التناسلية.

* متلازمة ستيفنز جونسون أو انحلال البشرة وقد تكون الصفرة والبول القاتم والتعب وهناك آثار أخرى جانبية غير مرغوب فيها: آثار جانبية غير مرغوب فيها شائعة (بـ شخص واحد من أصل 10) :

* الصداع.
* تأثيرات على المعدة أو الأمعاء كالإسهال، وانتفاخ البطن.

* الغثيان أو القيء.
الأوامر الحميدة في المعدة.
الآثار الجانبية قليلة الترد (يمكن أن تظهر في من أصل 100) :

* نوم الشفمين والكافحين.
* مشاكل النوم (الارق).
* دوخة، تتعلّم، ارتخاء ورغبة في النوم.
* دوار.

* تغيرات في نتائج اختبارات الدم التي

* طفح جلدي، وتورم الجلد والملكة.
* شعور بالضعف العام وتقصّ الخصوبة والآثار غير مرغوب فيها شاذة (يمكن أن تظهر في من أصل 1000) :

* اضطرابات الدم مثل انخفاض عدد الصفائح الدموية. يمكن أن تسبب هذه الخدمات أو نسيجهن حدوث العدوى.

* الحساسية. وقد تكون أحياناً شديدة ج الشفتين واللسان والخلق، والحنم، والصفير.

* انخفاض مستويات الصوديوم في الدم، وعام، وتقيّف وتشنجات.

* الارتفاعات الأولى.

1.تعريف الماء :

الشكل الصيدلي /المهمة :
أوديسين[®] 20 ملء حبيبات صامدة للعصارة المعده في برشمات.

علب من فئة 14.7 56.28.

2.مكونات الماء :

المادة الفعالة :

أوميمبرازول..... 20 ملء السواغات: كمية كافية لمبرشمة واحدة سواغ ذو تأثير معروف: السكروز.

3.الصنف الصيدلي العلاجي :

يحتوى أوديس على مادة عاللة تسمى أوميمبرازول oméprazole ويتضم هذه الماء عائلة أدوية تسمى مثبطات مضخة البرونون. وهو يخفض كمية المحمض المفرز في معدتك.

4.استعملات العلاجية :

يسعّى أوديس 20 ملء لعلاج الأمراض الآتية:
عند المبالغين:

* المجزء المكيّي المتربي. يساعد حمض المعدة عبر المريء (الأنبوب الرابط بين المخلق والمعدة) ما يؤدي إلى الألم والالتهاب والحرقة.

* فرحة الجزء الأعلى من المصارن (فرحة إناعشتيرية) أو فرحة المعدة.

* القرحة للعنفة بجرثومة تسمى الملوية الوبائية Helicobacter pylori التعرق وشفاء القرحة.

* فرحة المعدة المرتبطه بتناول مضادات الالتهاب غير السترويدية. وقد يسعّى أوديس أيضاً للوقاية من هذه القرحة إذا كنت تتناول هذه المضادات الالتهابية غير السترويدية.

* فرط المحمض في المعدة بسبب تضخم البنكرياس (متلازمة زولنجر- إيسون).

عند الأطفال:

الأطفال الذين يتجاوز عمرهم سنة واحدة والذين يكون وزنهم يساوى أو أكثر من 10 كلغ

* المجزء المكيّي المتربي. يساعد حمض المعدة عبر المريء (الأنبوب الرابط بين المخلق والمعدة) ما يؤدي إلى الألم والالتهاب والحرقة.

* قد تشمل الأعراض عند الأطفال صعود محتوى المعدة إلى الفم (القلنس) والتقيّف وارتفاع محدود في الوزن.

الأطفال الذين يبلغون من العمر أكثر من 4 سنوات والراهقين Helicobacter pylori القرحة للعنفة بجرثومة تسمى الملوية الوبائية التعرق وشفاء القرحة.

5. الجرعة ونظام وأو طريقة التناول. وعدد مرات تناول الماء، وفتره العلاج:

احرص دائمًا على تناول هذا الماء وفقًا للجرعة التي وصفها لك الطبيب الخاص بك أو الصيدلي. استشر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت غير متأكد.

يحدد لك طبيبك عدد البرشمات التي تتناولها وفتره الاستعمال حسب حالتك الصحية وسنك.

الجرعة:

الجرعات الموصى بها أدناه:

استعملها عند الكلفة:

علاج اعراض مرض الاذان المعدى المرضي مثل الحرقة والحرق المحمض:

الاكثر تداولاً على اساس المقدار الموصى به