

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018887

157766

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10535 Société : P.A.M. (F.R.A.P.)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KSSIBA ELHABIB

Date de naissance : 1963

Adresse : Berrechid

Tél. : 0607458836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : M / 04 / 23

Nom et prénom du malade : KSSIBA ELHABIB Age :

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

Nature de la maladie : Colopathie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

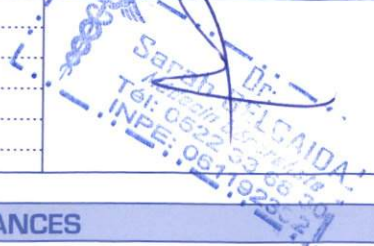
Adresses Mails utiles

- 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

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
11/04/23	CS		150,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NASROLLAH BERRECHID ot. Nasrollah N°327 - Berrechid Tél.: 05 22 51 67 19	11-04-23	130,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

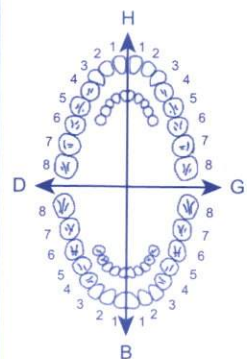
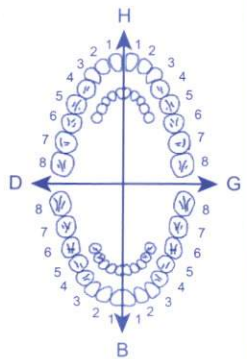
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale



الطب العام

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le : 11/04/23

Kssiba Elhabib

- Zyndal 500g
29,00 up x 3 j/r pdt 08 j.

- Carbocarb
79,50 up x 3 j/r

- IPP 20g
29,00 up x 3 j/r pdt 07 j.

Pharmacie NASROLLAH
BERRECHID
ot. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tél.: 05 22 51 67 19

Sarah BELCAIDA
N°3366474
Tél: 0522 51 67 19
N°PE: 06 79233309

20 شارع محمد الخامس تجزئة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

ZYRDOL 500 mg 20 comprimés
pelliculés.

PPV 29DH00

EXP 12/2024
LOT 10064 6

(23)

(23)

(23)

Pharmacie NASRULLAH
BERRECHID
11, Avenue N°13 - Guelma
Tél. 05 23 87 18

IPP®

20 mg Gélules

Omeprazole

Boîtes de 7, 14, 28 et 56 gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

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.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est ce que IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IPP® ?
3. Comment prendre IPP® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver IPP® ?
6. Informations supplémentaires

1. Qu'est ce que IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?

IPP® est un inhibiteur spécifique de la pompe à protons H⁺/K⁺ ATPase de la cellule pariétale gastrique. Il diminue la sécrétion d'acide dans l'estomac, quelque soit la nature de la stimulation.

IPP® 20 mg gélules est indiqué dans :

Adultes :

- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux.
- Prévention des récives d'ulcères gastriques et duodénaux.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Population pédiatrique :

Enfants à partir d'un an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

Enfants de plus de 4 ans et adolescents :

- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *H. pylori*.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IPP® ?

Contre-indications :

Ne prenez jamais IPP® en cas de :

- Hypersensibilité connue à l'Omeprazole ou à l'un des composants.
- Hypersensibilité à un autre inhibiteur de la pompe à protons.
- Co-administration avec nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Mises en garde :

IPP® 20 mg peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commenciez à prendre IPP® 20 mg ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

- Vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.
- Vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.
- Vous vomissez de la nourriture ou du sang.
- Vous avez des selles noires (teintées de sang).
- Vous souffrez de diarrhée sévère ou persistante, car l'Omeprazole a été associé à une faible

augmentation

• Si vous

sévéres.

IPP® peut

bactéries

volume et

La prise d'

que IPP® 2

supérieure

le risque de

des vertèbres

souffrir d'

corticoïdes

(qui peuvent

d'ostéoporose).

Précautions d'emploi :

- Sujet âgé :

aucun ajustement des doses n'est

nécessaire.

- Insuffisance rénale ou hépatique :

l'adaptation

de la posologie n'est pas nécessaire.

- En cas d'ulcère gastrique il est recommandé de

vérifier la bénignité de la lésion avant traitement.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin

ou de votre pharmacien.

IPP® est un médicament, ne pas le laisser à la

portée des enfants.

Interactions avec d'autres médicaments :

Contre-indiquées : nelfinavir

Nécessitant des précautions d'emploi :

Vous

devez informer votre médecin ou pharmacien si

vous prenez l'un des médicaments suivants :

antimycotiques pyrazolés, digoxine, diltazem,

phenytoïne, anticoagulants, anti-vitamines K,

rifampicine, atazanavir, tacrolimus, méthotrexate,

clopidogrel, millepertuis, saquinavir, érinib,

warfarine, cistazol.

Interactions avec les aliments et les boissons :

Les gélules peuvent être prises avec de la

nourriture ou à jeun.

Interactions avec les produits de phytothérapie

ou thérapies alternatives : Sans objet

Utilisation pendant la grossesse et allaitement :

- L'utilisation de l'omeprazole ne doit être envisagée

au cours de la grossesse que si nécessaire.

- L'omeprazole est excrété dans le lait maternel,

mais n'a probablement pas d'influence sur

l'enfant s'il est utilisé à doses thérapeutiques.

Sportifs : sans objet

Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à

utiliser des machines :

IPP® 20 mg n'est pas susceptible d'entraîner des

effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à

utiliser des machines. En cas d'effets

secondaires tels qu'étourdissements et troubles

visuels, vous ne devez pas conduire de véhicules

ou utiliser des machines.

Ce médicament contient du saccharose, son

indication est déconseillée chez les patients

présentant une intolérance au fructose, un

syndrome de malabsorption du glucose et du

galactose ou un déficit en sucrase (maltase

maladies héréditaires).

Ce médicament contient du mannitol et peut

provoquer des troubles digestifs (diarrhée).

Ce médicament contient du parahydroxybenzoate

et peut provoquer des réactions allergiques.

3. Comment prendre IPP® ?

Respecter strictement la posologie prescrite par

le médecin.

IPP® 20 mg est administré par voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules d'IPP

le matin, et de les avaler en entier avec un

demi-verre d'eau. Les gélules ne doivent être ni

mâchées ni croquées.

Posologie :

Adultes :

- Ulcère gastrique ou duodénal et reflux

gastro-œsophagien : 20 mg soit 1 gélule / jour

pendant 4 à 6 semaines.

- Œsophagites par reflux gastro-œsophagien :

20 mg soit 1 gélule / jour pendant 4 semaines à

prolonger en fonction des résultats obtenus.

- Prévention et traitement des lésions dues aux

traitements par AINS : 20 mg soit 1 gélule / jour

pendant 4 à 8 semaines selon la sévérité et les

résultats obtenus.

- Syndrome Zollinger-Ellison : 60 mg / jour soit 3

gélules / jour, cette posologie doit être ajustée

individuellement et la durée du traitement sera en

fonction des résultats cliniques.

- Traitement séquentiel de l'éradication de *H. pylori* :

la dose recommandée est de 20 mg de

IPP® 20 mg deux fois par jour pendant une

semaine.

Votre médecin va vous prescrire en même temps

deux antibiotiques parmi l'amoxicilline, la

clarithromycine et le métronidazole.

Enfants :

- Traitement des symptômes du reflux

gastro-œsophagien tels que brûlures et régurgita-

tions acides.

• Les enfants âgés de plus de 1 an et pesant plus

de 10 kg peuvent prendre IPP® 20 mg. La

IPP®

Omeprazole 20 mg

Boîte de 7 gélules

P.P.V. : 22,00 €





Comprimé
Voie orale

CARBOSORB

Charbon végétal activé, chondrus et huiles essentielles

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé, boîte de 30 comprimés

COMPOSITION (par comprimé) :

Charbon végétal, chondrus (chondrus crispus) en poudre, argile alimentaire, fructo-oligosaccharide, dioxyde de silice, sucrose, phosphate de calcium; cellulose, amidon, fenouil (foeniculum vulgare) huile essentielle, polyvinylpyrrolidone, magnésium stéarate, carboxyméthylcellulose.

PROPRIETES :

CARBOSORB® est un produit naturel à base de :

- Charbon végétal activé à grande capacité d'absorption de gaz intestinaux et de toxines ce qui permet de soulager les patients ballonnés et de faciliter la digestion.
- Chondrus (algue rouge); Argile alimentaire; FOS (Fructo-Oligo-Saccharides) et huiles essentielles de fenouil qui agissent en synergie pour renforcer l'action du

Lot:
À consommer de
préférence avant le:
PPC: 79.50 DH

220213
04/2027

