

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.

N° W21-789176

AS9251

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 30.145	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELLAHZAOUTI ABDELKALAH			
Date de naissance : 13/12/81			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/03/2023	Age :		
Nom et prénom du malade : Bellahzaouti Ilyas			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Toux spasmodique		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 : CASA

Le : 28/03/2023

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
<u>28</u> <u>03</u> <u>2023</u>	<u>CR</u>		<u>200,00 Dhs</u>	INP : <u>Dr. FOUSSI MOUNA</u> <u>Pédiatre</u> <u>Av. de la Resistance, El Wahdat N°9</u> <u>Deroua Tel: 0522 51 42 38</u> <u>mounatfoussia@gmail.co</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL QODS Lot Al Boudj, Magasin 4 Tél.: 05 20 04 04 12 ICE: 002156040000016	28/03/2023	121,70 DH

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>												
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>											
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>											
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>											
	DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيدة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 28/03/2023

Age :
Poids : 19.10

Nom : L'enfant : BELLAHZAOUUI ILYAS

21.90

1) BUTOVENT SIROP

1 CAC X3/J PDT 8J

201-

2) CURTEC SIROP

1 CAC LE SOIR PDT 20J

53.30

3) TOTIFEN 150 ML SIROP

1 CAC X2/J PDT 1 MOIS

4) ROMILAST 4 MG

1 CP A CROQUER LE SOIR PDT 1 MOIS

26.50

5) Salino salic 1 opp x 2j PDT 8j pris

PHARMACIE EL QODS
Lot Al Hamd 9, Magasin 4
Tél.: 05 20 04 04 12
ICE: 002136040000016

1 opp / j

Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Au de la Résistance, El Wahda I, N° 98
Deroua, Tel: 0522 51 42 88
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

CURTEC® 1 mg/1 ml, solution buvable en flacon

Dichlorhydrate de cétirizine

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

- Gai
- Si n
- Ce quel
- Si indé
- Si n

PPV: 20D100
PER: 09/25
LOT: L3282

Curtec®

Cétirizine 1 mg / ml
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153

solution buvable en flacon ET

active de Curtec®.
utilisé dans le traitement de

EC® est indiqué:
ulaires de la rhinite allergique

CONNAÎTRE AVANT DE

1 mg/1 ml, solution buvable en flacon ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament
Sans objet.

Contre-indications

Ne prenez jamais Curtec®

- Si vous avez une maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min).
- Si vous êtes allergique au dichlorhydrate de cétirizine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives apparentées contenues dans d'autres médicaments).

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales

Faites attention avec Curtec®

Si vous souffrez d'insuffisance rénale, demandez conseil à votre médecin; si nécessaire, vous devrez prendre une dose inférieure. La posologie adaptée sera déterminée par votre médecin.

Si vous souffrez d'épilepsie ou si vous présentez des risques de convulsions, demandez conseil à votre médecin.

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre la cétirizine utilisée aux doses recommandées et l'alcool (jusqu'à la concentration sanguine d'alcool de 0,5 pour mille (g/l) correspondant à un verre de vin). Toutefois, aucune donnée n'est disponible lors de la prise de doses plus importantes de cétirizine et d'alcool. Par conséquent, comme avec tout autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec Curtec®.

Si vous devez subir des tests pour le diagnostic de l'allergie (test cutané par exemple), il convient d'arrêter de prendre ce médicament au moins 3 jours avant leur réalisation car il peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ce qu'il convient de faire avant la réalisation des tests pour le diagnostic de l'allergie.

Interactions avec d'autres médicaments

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez pris récemment ou pourriez prendre tout autre médicament.

Interactions avec les aliments et les boissons

Aliments et boissons

L'absorption de la cétirizine contenue dans CURTEC® n'est pas modifiée par la prise concomitante d'aliments.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives

Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse et allaitement

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

L'utilisation de CURTEC® doit être évitée pendant la grossesse. L'utilisation par

inadveritance en cours de grossesse ne devrait pas entraîner de complications majeures. Cependant, ce médicament n'a pas été évalué dans le cadre d'une étude clinique. La cétirizine passe dans le lait maternel et peut être absorbée par l'enfant. Il est donc recommandé de ne pas prendre CURTEC® pendant la grossesse ou l'allaitement.

Sportifs

Sans objet.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines

Les études cliniques n'ont pas évalué l'effet de CURTEC® sur les capacités de réaction ou de jugement. Cependant, si vous êtes sous un traitement potentiellement dangereux, préalablement à votre propre décision, vous devrez prendre CURTEC®. Vous ne devrez pas dépasser la dose recommandée. Liste des effets indésirables possibles ou d'interactions avec d'autres médicaments.

Informations importantes

Curtec®, solution buvable en flacon, est une solution aqueuse d'une tolérance à oral médicamenteuse. Curtec®, solution buvable en flacon, contient 4-hydroxybenzoate de sodium (éventuellement) et des conservateurs (sucres, colorants, parfums).

3. COMMENT PRENDRE CURTEC®

Instructions pour une prise unique

Sans objet.

Posologie, Mode et Durée du traitement
Veuillez à toujours prendre CURTEC® à la dose recommandée par votre pharmacien ou de votre pharmacien. La solution peut être diluée dans de l'eau.

Adultes et adolescents
10 mg une fois par jour (pleines).

Enfants de 6 à 12 ans
5 mg deux fois par jour, soit 10 ml de solution.

Enfants de 2 à 6 mois
2,5 mg deux fois par jour (mesure deux fois par jour, soit 2,5 ml de solution).

Insuffisance rénale
Chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée à sévère, la posologie devra être réduite à 5 mg une fois par jour.

Si vous pensiez prendre CURTEC®
Si vous pensez prendre CURTEC® sans avis de votre médecin, veuillez à toujours prendre CURTEC® à la dose recommandée.

Durée du traitement
La durée du traitement dépendra de l'effet de CURTEC®.

Symptômes éventuels
Les symptômes éventuels dépendent du type de médicament.

Si vous avez des interactions
Contactez votre pharmacien ou votre médecin si vous pensez prendre CURTEC® avec d'autres médicaments.

Votre médecin
En cas de syndrome de撤藥反應, apparaître avec confusion, intensité augmentée, malaise, dépression, sensations vertigineuses, étourdissements, augmentation des pupilles, démanche, urinaire et/ou anormale du rythme cardiaque. Instruction en rapport avec CURTEC®.

Si vous abîmez CURTEC®
Ne prenez pas CURTEC® si vous avez abîmé le flacon.

Risque de syndrome de sevrage
Si vous avez CURTEC® et que vous prenez CURTEC® pour combattre le syndrome de sevrage, vous devrez arrêter immédiatement CURTEC®.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES
Description des effets indésirables possibles.

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables. Les effets indésirables suivants sont possibles:

Le syndrome de sevrage peut survenir lorsque vous arrêtez CURTEC®. Si vous avez CURTEC® et que vous prenez CURTEC® pour combattre le syndrome de sevrage, vous devrez arrêter immédiatement CURTEC®.

Skinosalic®

Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g
 Lotion : Flacon de 30g

Composition :

Bétaméthasone (DCI)

dipropionate ~~exposé~~

bétaméth

Acide salic

Excipients

26/10

SKINOSALIC®
Pommade

SKINOSALIC®
Lotion

0,05g
2,00g
100,00g

Propriétés

- Skinosalic

Le Bétaméth

Indications

Dermatoses

- lichénification

- psoriasis

- lichen

- dermite sébo

- la forme lotion

des régions pil

Contre indications

- Infections bac

une composant

- Lésions ulcére

- Acné et rosacée

- Hypersensibilité à l'un des composants.

- La forme pommade n'est pas adaptée aux lésions suintantes

Effets indésirables :

- Sont à craindre en cas d'usage prolongé :

atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, fragilité cutanée.

- Au visage, les corticoïdes peuvent créer une dermatite péri-orale ou bien créer ou aggraver une rosacée.

- Peut être observé un retard de cicatrisation des plaies atones, des escarres et des ulcères de jambes.

- Possibilité d'effets systémiques liés au corticoïde et/ou à l'acide salicylique.

- Ont été rapportées : éruptions acnéiformes ou pustuleuses, hypertrichose, dépigmentation.

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit être recherchée.

- Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter Skinosalic. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanée pouvant survenir dans les plis ou sous les culottes imperméables.

- Skinosalic n'est pas destinée à l'usage ophtalmique ni à l'application sur les paupières ou les muqueuses.

- L'utilisation prolongée sur le visage des corticoïdes à activité forte expose à la survenue d'une dermite cortico-induite et paradoxalement corticosensible.

Posologie et mode d'emploi :

- Étaler doucement la pommade ou la lotion sur les lésions et faire pénétrer par un léger massage.

- Dans les affections du cuir chevelu, la lotion sera appliquée raié par raié, en dépassant largement la surface à traiter.

- Les applications seront limitées à 2 fois par jour pendant une à deux semaines, une augmentation du nombre d'applications risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Conservation :

A conserver à l'abri de la chaleur

Liste I



1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

BUTOVENT® 0,04%, sirop- flacon de 150 ml
Salbutamol

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

Gardez cette notice pour le faire relire.

de la relire.

avez un doute,

cin ou à votre

prescrit. Ne le

de symptômes

ou si vous

ou si vous

s cette notice,

Butovent® 0,04%

Salbutamol

Enfants de 6-12 ans: 2 mg (= 1 grande mesurette de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Enfants de 2-6 ans: 1-2 mg (= 1 petite-1 grande mesurette) 3-4 fois par jour.

Enfants de moins de 2 ans: 0,15 mg/kg de poids corporel 3-4 fois par jour (1 mg = 1 petite mesurette de 2,5 ml).

L'apparition de palpitations (battements de cœur) ou de tremblements des mains indique que le dosage de Butovent est trop élevé.

Ces effets indésirables cessent en général après quelques heures. En cas de surdosage persistant veuillez le signaler à votre médecin.

Ne changez pas de votre propre chef le dosage prescrit. Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien si vous pensez que l'efficacité du médicament est trop faible ou au contraire trop forte.

6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais ce médicament dans les cas suivants :

En cas d'hypersensibilité à l'un des composants du sirop Butovent, lors d'avortement imminent au 1er ou au 2e trimestre de grossesse et si vous prenez simultanément certains médicaments contre des affections cardiaques (appelés bêtabloquants non sélectifs, tels p.ex. le propranolol), le sirop Butovent ne doit pas être utilisé.

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments BUTOVENT® 0,04%, sirop est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

L'utilisation de Butovent peut provoquer les effets secondaires suivants:

Fréquemment de légers tremblements (surtout aux mains), maux de tête, occasionnellement des palpitations cardiaques, dans de très rares cas des crampes musculaires transitoires peuvent survenir. Tous ces effets indésirables disparaissent en général lors d'une utilisation régulière.

Veuillez informer votre médecin de la survenue de tels effets indésirables, mais sans interrompre le traitement prématûrement.

Occasionnellement, il peut se produire une excitation chez les enfants.

Des cas isolés de troubles du rythme cardiaque (extrasystoles, accélération du pouls), de nervosité, d'augmentation de l'appétit, de troubles gastro-intestinaux (tels que nausées et vomissements), de sensation de malaise, de vertige, d'oppression au niveau du thorax, de fatigue (mais également d'insomnie), d'irritabilité, de transpiration abondante et de problèmes de miction ont également été rapportés.

Dans de très rares cas, des manifestations d'hypersensibilité, comme par exemple des éruptions cutanées, un œdème des lèvres et des paupières, un manque d'air aigu et des problèmes circulatoires peuvent surger.

Dans ces cas-là prévenez immédiatement votre médecin. Il en va

4. INDICATIONS

BUTOVENT® 0,04%, sirop est indiqué en cas de :

· Asthme bronchique : traitement épisodique de la crise d'asthme, traitement de fond et d'entretien pour réduire la fréquence des crises.

· Bronchites asthmatiformes, emphysème pulmonaire chronique (obstruction bronchique asthmatische), bronchites spastiques concomitantes à d'autres affections broncho-pulmonaire.

5. POSOLOGIE :

Le médecin vous prescrit un dosage adapté au degré de gravité de la maladie.

Sauf avis contraire du médecin, le sirop de Butovent doit être pris aux doses suivantes:

Adultes et enfants de plus de 12 ans: 2-4 mg (= 1-2 grandes mesurettes de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Butovent® 0,04%

Salbutamol

Sirop - Flacon de 150 ml

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240228

TOTIFEN®

KETOTIFENE

Com

Kétof
Para
Para
Excij
Totif

TOTIFEN® 0,02 %
Kétotifène

53,30

TOTIFEN® gélules

1,00 mg

-

-

1 gélule

ût.

TOTIFEN® sirop

0,0200 g

0,0333 g

0,0167 g

100 ml

Pro

Anti

Le

ana

L'ac

- Ur

- Ul

Ind

- Prc

asth

- Prophy

ergique.

astocytes histaminiques et autres médiateurs chimiques
ngé inhibiteur sur les réactions histaminiques en cours.

(durée et fréquence) et même leur complète disparition.

9.

ne allergique (y compris dans les formes mixtes), de la bronchite
ations astmatiques.

gique.

Contre-indications :

Nourrissons de moins de 6 mois.

Effets indésirables :

