

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-789176

AS9257

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30.145 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAHZAOUT ABDELLAH

Date de naissance : 13/12/81

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2023

Nom et prénom du malade : Bellahzaoui Elias Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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) :

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
28 03 2023	CS		200,00 DH	INF : L. LOUSSIMOUNTA Dr. LOUSSIMOUNTA Pédiatre Av. de la Résistance, El Wahda 1, 3090 Deroua. Tel: 0522 51 42 58 l.oussimounta@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL QODS</b> Lot Al Boud 9, Magasin 4 Tél.: 05 20 04 04 12 ICE: 00219604000016	28/05/2023	122,70 DH

[illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr.FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre

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



د. الفويصي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقبلة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء

Le : 28/03/2023

Age : .....

Poids : 19,10 .....

Nom : L'enfant : BELLAHZAOUI ILYAS

28.90  
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) Skino salic pommas

1 app x 2j pdt 8j  
1 app 1j

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

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

شارع المقاومة، الوحدة I الرقم 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**

medicament.  
• Si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.  
• Ce médicament est un médicament. Ne le donnez jamais à d'autres personnes. Les identiques, cela pourrait lui être nuisible.  
• Si vous remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV:200400  
PER: 09/25  
LOT: L3282

**Curtec®**

Cétirizine 1 mg / ml  
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153

**CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CURTEC® 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

##### Prise 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

inadvertance en cours de grossesse peut entraîner des effets indésirables chez le fœtus. Cependant, ce médicament est nécessaire et après avis médical, la cétirizine passe dans le lait maternel. La cétirizine passe dans le lait maternel. Le lait maternel est donc contaminé. L'allaitement doit être interrompu pendant la prise de CURTEC®.

inadvertance en cours de grossesse peut entraîner des effets indésirables chez le fœtus. Cependant, ce médicament est nécessaire et après avis médical, la cétirizine passe dans le lait maternel. Le lait maternel est donc contaminé. L'allaitement doit être interrompu pendant la prise de CURTEC®.

#### Sportifs

Sans objet.

#### Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules

Les études cliniques n'ont pas mis en évidence d'effets indésirables sur la capacité à conduire des véhicules. Cependant, si vous êtes potentiellement dangereux, évitez de conduire. Vous ne devez pas conduire si vous ressentez des effets indésirables.

#### Liste des excipients à effets indésirables

Informations importantes : Curtec®, solution buvable, est une intolérance à ce médicament. Curtec®, solution buvable, est une intolérance à ce médicament. 4-hydroxybenzoate de sodium, allergiques (éventuellement, le contenu du 4-hydroxybenzoate de sodium est retardé).

#### 3. COMMENT PRENDRE CURTEC®

Instructions pour l'usage Sans objet.

#### Posologie, Mode d'emploi et Durée du traitement

Veillez à toujours prendre le médicament ou les médicaments ou de votre pharmacien. La solution peut être prise en cas de doute 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

**Enfants de 6 à 11 ans :** 5 mg deux fois par jour, soit 5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 2 à 5 ans :** 2,5 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml (une cuillère à café).

**Enfants de 12 ans et adultes :** 10 mg une fois par jour, valant telle quelle, pleines).

# Skinosalic®

Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g

Lotion : Flacon de 30g

## Composition :

Bétaméthasone (DCI)  
dipropionate  
bétaméthasone  
Acide salicylique  
Excipients

SKINOSALIC®  
Pommade

SKINOSALIC®  
Lotion

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

## Propriétés

- Skinosalic

Le Bétaméthasone

## Indications

Dermatoses

- lichénification

- psoriasis

- lichen

- dermite séborrhéique

- la forme lotion

des régions pilosées

## Contre-indications

- Infections bactériennes

ou fongiques

- Lésions ulcérées

- 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 :

- Etaler 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 raie par raie, 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

Skinosalic pommade  
tube de 30g



6 118000 091561

stéroïde d'activité forte (classe II) :

ou squameuse :

des affections du cuir chevelu,

sitaires, même si elles comportent



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5  
21, Rue des Asphodèles - Casablanca

A20530 FXT 9



#### 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

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

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

Gardez cette notice.

**Butovent®**  
**0,04%**  
**Salbutamol**

**Butovent® 0.04%**

Salbutamol  
Sirop - Flacon de 150 ml

PROMOPHARM s.a.



6 118000 240228

#### 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, emphyseme pulmonaire chronique (obstruction bronchique- asthmatique) , 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 mesurètes de 5 ml) 3-4 fois par jour.

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

Enfants de 2-6 ans: 1-2 mg (= 1 petite-1 grande mesurète) 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 mesurète de 2,5 ml).

L'apparition de palpitations (battements de coeur) 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 estimez 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 bêta-bloquants 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.

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

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 oedème des lèvres et des paupières, un manque d'air aigu et des problèmes circulatoires peuvent surgir.

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

# TOTIFEN®

## KETOTIFENE

Com

Kétof  
Para  
Para  
Exci  
Totif

**TOTIFEN® 0,02 %**  
Kétotifène

\$3,30

Pro  
Anti  
Le  
ana  
L'ac  
- Ur  
- Ur

Ind  
- Pro  
asth  
- Prophy

**TOTIFEN®** gélules  
1,00 mg  
-  
-  
1 gélule

ât.

**TOTIFEN®** sirop  
0,0200 g  
0,0333 g  
0,0167 g  
100 ml

ergique.

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

(durée et fréquence) et même leur complète disparition.

é.

**TOTIFEN® 0,02 %** 

Kétotifène

Sirop

PROMOPHARM



6 118000 240846

ine allergique (y compris dans les formes mixtes), de la bronchite  
ations asthmatiques.  
gique.

**Contre-indications :**

Nourrissons de moins de 6 mois.

**Effets indésirables :**