

# 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.



Déclaration de Maladie

M23-009195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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

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'El 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
26 MAI 2023	CS		25000	Dr. MENMOUNI Mohamed Amin ORL et Chirurgie Cervico-Faciale INPE:061290250

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ADALOU Bis, Rue 19-ANDALOUS Tel: 022 50.01.76 CASABLANCA	26 5 2023	146.50

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				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



# Dr. Mennouni Mohamed Amine

- Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- Chirurgie Cervicale et de la Face
- Traitement des Vertiges
- Troubles de l'Odeur, Dégustation et Surdité
- Traitement de l'Allergie et Ronflements



د. محمد أمين منوني

- ◀ أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة
- ◀ جراحة الوجه والعنق
- ◀ تشخيص وعلاج الدوخة
- ◀ اضطراب الشم والتذوق والسمع
- ◀ علاج الحساسية والسعال

Casablanca, le 26/05/23

Heur Nebel

M6100

1- Zucor 1g

1500/11 pelt 81

(S.V)

3050

2- Turo

(S.V)

1500/11 pelt 144

T=146,50

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS  
17 Bis, Rue 19 - ANDALOUS  
Tél: 022 50.04.76  
CASABLANCA

548 شارع 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، شقة 6 إقامة السنة (أمام مسجد السنة) - الدار البيضاء  
548, Av 2 Mars Angle Bd MODIBO Keita, Appt 6 Résidence Sonna ( en face mosquée Sonna ) CASABLANCA

Tél : 05 20 800 508 - 06 19 81 66 66



# Imodium® 2 mg, gélule

Chlorhydrate de loperamide

Veuillez lire attentivement 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 d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que IMODIUM 2 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IMODIUM 2 mg, gélule ?
3. Comment prendre IMODIUM 2 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver IMODIUM 2 mg, gélule ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE IMODIUM 2 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTI-DIARRHÉIQUE - code ATC : A07 DA 03  
IMODIUM 2 mg, gélule est un médicament anti-diarrhéique.

Il est indiqué dans le traitement symptomatique des diarrées aiguës et chroniques de l'adulte et de l'enfant de plus de 8 ans.

Il est important pendant le traitement de boire abondamment et de suivre des mesures diététiques (voir sous-rubrique « Faites attention avec IMODIUM 2 mg, gélule »).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE IMODIUM 2 mg, gélule ?

### Ne prenez jamais IMODIUM 2 mg, gélule :

- si vous êtes allergique au chlorhydrate de loperamide ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si du sang est présent dans vos selles et/ou en cas de fièvre importante.
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique de l'intestin et du côlon, notamment au cours des poussées aiguës de rectocolite hémorragique (maladie inflammatoire de l'intestin avec saignements).
- si vous souffrez d'inflammation de l'intestin avec diarrhée et douleur suite à l'utilisation d'antibiotiques (colite pseudomembraneuse).
- si vous souffrez d'une inflammation de l'intestin due à une bactérie invasive (entérocolite bactérienne).
- si l'enfant à traiter est âgé de moins de 8 ans.

Ce médicament ne doit pas être utilisé lorsqu'un arrêt ou une diminution du transit intestinal doit être évité.

Le traitement doit être interrompu en cas d'apparition de constipation de distension abdominale ou d'occlusion intestinale.

EN CAS DE DOUTE, VOUS DEVEZ DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## Avertissements et précautions

Ne prenez ce produit que pour l'utilisation à laquelle il est destiné (voir rubrique 1) et ne prenez jamais plus que la dose recommandée (voir rubrique 3). De graves problèmes cardiaques (les symptômes peuvent inclure un rythme cardiaque rapide ou irrégulier) ont été rapportés chez des patients qui ont pris trop de loperamide, le principe actif d'IMODIUM gélule.



Il est important de respecter les doses prescrites  
احفظوا الجرعات الموصوفة  
Uniquement sur ordonnance - Liste II  
...gélule(s) ...fois/jour  
pendant ... jours

2 ملجم  
أيموديوم  
عن طريق الفم - 20 كبسولة

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.





Poudre pour suspension  
1 g/125 mg,  
Boîte de 12,14, 16,21 et 24 sachets

Vous l'avez lue attentivement l'intégralité de cette notice  
de prendre ce médicament.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez un  
demande plus d'informations à votre médecin ou à  
pharmacien.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit.  
donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas  
symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si  
remarquez un effet indésirable non mentionné dans  
la notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien

**FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :**  
Poudre pour suspension buvable, boîte de 12,14,16,21 et  
sachets.

**COMPOSITION :**  
Principes actifs :  
amoxicilline  
Clavulanate de potassium, quantité correspondant à 1000  
125

**INDICATIONS :**  
ZAMOX est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter  
infections suivantes :  
infections de l'oreille moyenne et des sinus,  
infections des voies urinaires,  
infections de la peau et des tissus mous, incluant  
infections dentaires,  
infections des os et des articulations.

**CONTRA-INDICATIONS :**  
Ne prenez jamais ZAMOX 1 g/125 mg, poudre p  
suspension buvable en sachet :  
Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline,  
l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres  
composants contenus dans ZAMOX.

**Précautions d'emploi :**  
Si vous avez déjà présenté une réaction allergique gra  
(hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut indui  
une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou  
Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développez  
ictere (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un  
antibiotique.

**Mises en garde et précautions d'emploi :**  
pharmacien avant de prendre ZAMOX.  
suspension buvable en sachet :  
Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avai  
de prendre ce médicament si vous :

• souffrez de mononucléose infectieuse,  
• êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,  
• n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou vot  
pharmacien avant de prendre ZAMOX.  
Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type d  
bactérie responsable de l'infection.

Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différen  
de ZAMOX ou un autre médicament.  
Réactions nécessitant une attention particulière  
ZAMOX peut aggraver certaines maladies ou engendrer de  
effets secondaires graves, notamment des réactions  
allergiques, des convulsions et une inflammation du gros  
intestin. Lorsque vous prenez ZAMOX, vous devez surveiller  
certaines symptômes afin de réduire les risques. Voir «  
Réactions nécessitant une attention particulière dans effets  
test sanguins et urinaux ».

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules  
rouges, test sanguins et urinaux).

**زاموكس**  
1000/125 mg

الكار

مسحوق لأخر  
عن طريق الفم

سحب 16  
حاصل على شهادة  
1/8 : نسبة 16 إلى 125

PPV: 116DH00  
PER: 12-25  
LOT: L 3974

Symptômes persistents, consultez de nouveau un médecin.  
Si vous avez pris plus de ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour  
suspension buvable en sachet que vous n'auriez dû :  
La prise d'une quantité excessive de ZAMOX peut entraîner  
des maux de ventre (nausées, vomissements ou diarrhées) ou  
des convulsions. Parlez-en à votre médecin le plus tôt