

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W21-820098

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1122 Société : RIM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YASSINE KAMAL  
 Date de naissance : 21/07/1971  
 Adresse : 101 Youssef, rue 2 N° 97 DUBA  
 Tél. : 068914028 Total des frais engagés : 64,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 04/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

03/10/23 64,30

### ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

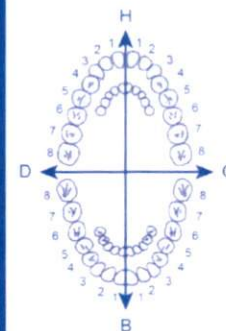
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

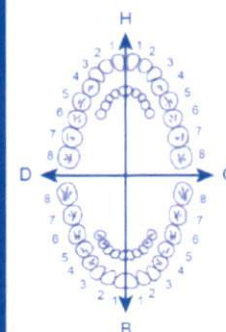
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**\*\* PHARMACIE ANISSA \*\***  
**DR MAHMOUD FARKHOJJAT**  
**312.I.LOTISSEMENT ZEOUBIR**  
**CASABLANCA**

Tél :

02/10/2023

YASSIRE KAMAL

**FACTURE N° : 70335**

**du 02/10/2023**

| Qté              | Désignation               | Prix PPV | Montant | TVA   |
|------------------|---------------------------|----------|---------|-------|
| 1                | APAZIDE 200 BT 16 GELULES | 19,70    | 19,70   | 7%    |
| 1                | DOLIPRANE 500 CPS EFF     | 15,80    | 15,80   | 7%    |
| 1                | PONSTYL COMP              | 28,80    | 28,80   | 7%    |
| Total TTC        |                           |          |         | 64,30 |
| Droits de Timbre |                           |          |         | 0,00  |
| Net à Payer      |                           |          |         | 64,30 |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
**SOIXANTE QUATRE DIRHAMS ET TRENTE CTS**

|       | TAUX | HT    | TVA  | TTC   |
|-------|------|-------|------|-------|
| 7.00% | 7,00 | 60,09 | 4,21 | 64,30 |
|       |      | 60,09 | 4,21 | 64,30 |



CNSS : 6068747  
Compte :

I.C.E : 000489860000021  
Patente : 32971190

INPE:092010321  
R.C : 278286

I.F : 50805205  
RIB :



**Notice : Information de l'utilisateur**  
**Ponstyl®, comprimés enrobés à 500 mg**  
**Ponstyl®, suppositoires à 500 mg**  
 Acide Méfénamique

EXP :

P.P.V

LOT N° :

**Information destinée aux patients**

Lisez attentivement cette notice d'emballage avant de prendre ce médicament. Ce médicament vous a été remis personnellement sur ordonnance médicale. Ne le remettez donc pas à d'autres personnes, même si elles semblent présenter les mêmes symptômes que vous. En effet, ce médicament pourrait nuire à leur santé. Conservez cette notice d'emballage pour pouvoir la relire plus tard si nécessaire.

**Que contient cette notice ?**

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

Ponstyl contient comme principe actif l'acide méfénamique, une substance antidouleur qui combat également l'inflammation et la fièvre avec beaucoup d'efficacité. Ponstyl est indiqué pour le traitement de :

- Traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée (céphalées, douleurs dentaires).
  - Douleurs de l'appareil locomoteur.
  - Dysménorrhées après recherche étiologique.
  - Ménorragies fonctionnelles (restant inexplicables après enquête étiologique systématique).
- Selon prescription du médecin.

**2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Ponstyl ?**

- Ponstyl ne doit pas être utilisé,
- si vous présentez une réaction allergique à l'un des composants de ce médicament ou si vous avez déjà présenté une réaction allergique cutanée ou une détresse respiratoire après la prise d'acide acétylsalicylique ou d'autres analgésiques ou anti-inflammatoires, appelés médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS),
  - pendant le troisième trimestre de la grossesse,
  - pendant la période d'allaitement,
  - en cas d'ulcères gastriques et/ou duodénaux actifs ou de saignements gastro-intestinaux,
  - en cas de maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse),
  - en cas d'insuffisance rénale ou hépatique sévère,
  - en cas d'insuffisance cardiaque sévère,
  - pour le traitement de douleurs post-opératoires après un pontage coronarien (ou utilisation d'une machine cœur-poumons).
- Le traitement avec Ponstyl peut entraîner des ulcères, des saignements qui restent rares et exceptionnellement des perforations du tractus

souffrir de ce médicament.

Une augmentation du risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral a été mise en évidence pour certains analgésiques, appelés inhibiteurs de la COX-2, administrés à fortes doses et/ou sur une longue période. On ignore encore si une augmentation similaire de ce risque s'applique également à Ponstyl. Aussi, si vous avez déjà souffert d'un infarctus du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une thrombose veineuse, ou si vous présentez des facteurs de risque importants (p.ex. hypertension, diabète sucré, hyperlipidémie, tabagisme), il revient à votre médecin de décider si vous pouvez tout de même utiliser Ponstyl. Dans tous les cas, informez-en votre médecin.

L'utilisation de Ponstyl peut perturber la fonction rénale, ce qui peut entraîner une augmentation de la pression artérielle et/ou une accumulation de liquides (œdèmes). Informez votre médecin si vous êtes cardiaque, si vous souffrez de troubles rénaux, si vous prenez des médicaments contre l'hypertension (p.ex. diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) ou en cas de pertes de liquides importantes, p.ex. du fait de fortes sudations.

Vous ne devez pas utiliser d'autres AINS, employés contre les douleurs et les rhumatismes ou pour fluidifier le sang, tels que l'acide acétylsalicylique, en même temps que Ponstyl, car ils augmentent le risque d'effets indésirables. Cette interdiction s'applique également à toute association avec des médicaments anti-inflammatoires contenant de la cortisone, avec des produits inhibant la coagulation (fluidifiants sanguins ou « anticoagulants ») ou avec des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, utilisés p.ex. en cas de dépression. Vous devez donc informer votre médecin si vous utilisez simultanément de tels médicaments. Veuillez également informer votre médecin si vous souffrez ou avez souffert d'asthme, d'une maladie gastro-intestinale, hépatique, cardio-vasculaire ou rénale, d'épilepsie, de troubles de la coagulation sanguine ou d'un taux de glycémie élevé et si vous prenez des médicaments pour traiter une telle maladie.

Arrêtez le traitement par Ponstyl et informez votre médecin immédiatement si l'un ou plusieurs des symptômes suivants surviennent : réactions allergiques avec gonflement du visage, de la bouche, de la langue ou de la gorge souvent associé à une éruption cutanée, une rougeur, de la

- vous êtes allergique  
 - vous prenez déjà  
 utilisez déjà d'autre  
 externe) (même en au  
**Ponstyl peut-il être  
 grossesse ou l'allaitement**  
 Si vous êtes enceinte  
 grossesse, n'utilisez  
 qu'après avoir consulté  
 doit pas être utilisé per  
 grossesse.

Ponstyl ne doit pas être  
 Informez dans tous les  
 êtes enceinte ou si vous  
**3. Comment utiliser Ponstyl**

Veillez-vous conformer  
 votre médecin. La poso  
 - Adultes et adolesce  
 comprimé enrobé 3 fois  
 Cette dose peut être  
 fonction des besoins,  
 comprimés enrobés pa  
 suppositoires, la dose  
 à 500 mg de Ponst  
 suppositoires de Ponst  
 pendant plus de 7 j  
 utilisation prolongée pe  
 locales.

- Pour les enfants âgés  
 choisissez une dose ada  
 usuelle pour les suppos  
 de 12 mg/kg de poids c  
**Schéma posologique po**

| Poids corporel (kg) | Age (années) |
|---------------------|--------------|
| 22-32               | 6-9          |
| 32-47               | 9-12         |
| 47-57               | 12-14        |

Ne changez pas de vo  
 prescrit. Adressez-vous  
 pharmacien si vous es  
 médicament est trop faibl

**4. Quels sont les effets**  
 La prise ou l'utilisation  
 les effets indésirables su  
**Fréquent (concerne 1 à 10 %)**  
 Diarrhées, douleurs c  
 vomissements.

**Occasional (concerne 1 à 10 %)**  
 Manque d'appétit,



# APAZIDE®

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le prenez pas si les signes de votre maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## FORMES ET PRESENTATIONS:

Gélules à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules.

## COMPOSITION :

|                    |                     |                   |
|--------------------|---------------------|-------------------|
| Nifuroxazide (DCI) | p. gélule<br>200 mg | p. boîte<br>3.2 g |
|--------------------|---------------------|-------------------|

Excipient à effet notoire : Saccharose

## INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxi-infectieux...)

Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

L'importance de la réhydratation par soluté de réhydratation orale ou par voie intraveineuse doit être adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées,...)

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale. Avalez les gélules à l'aide d'un verre d'eau.

Réservé à L'adulte et à l'enfant à partir de 10 ans.

Adultes : 4 gélules (800mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 10 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Si vous êtes allergique au nifuroxazide, aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Chez l'enfant de moins de 10 ans.

## MISES EN GARDES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

- En l'absence d'amélioration au bout de 2 jours de traitement, en cas d'apparition de fièvre, de vomissement.
- En cas de diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids, en cas de présence de sang ou de glaire dans les selles.
- En cas de soif intense, de sensation de langue sèche.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital en saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

Ce traitement est un complément des règles diététiques :

- Se réhydrater par les boissons abondantes, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée.
- S'alimenter le temps de la diarrhée : en excluant les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés, en privilégiant les viandes grillées, le riz.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

## EFFETS INDESIRABLES :

Si l'un des effets suivants survient, arrêtez le médicament et consultez immédiatement votre médecin :

- Atteintes de la peau : éruptions, eczéma, pustulose exanthématique aiguë généralisée, photosensibilité.
- Manifestations allergiques : possibilité de réactions allergiques à type d'éruption cutanée, d'urticaire, ou de manifestations graves et immédiates pouvant mettre en jeu le pronostic vital, d'angioedème, ou de choc anaphylactique.
- Manifestations hématologiques : thrombopénie, anémie hémolytique, agranulocytose.

Autres atteintes : élévation des enzymes du foie, chromaturie.

Tableau A (liste I)

**b**

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

101004

Imp. Ajdir 12/21



# Doliprane®

500 mg  
PARACÉTAMOL

PPVTSDH80  
PER 12/25  
LOT L3929

11.80



500 mg,  
nitrol, saccharine sodique, laurilsulfate de sodium, povidone,  
bonate de sodium anhydre, leucine pour un comprimé

UE

de 16.

TRAPEUTIQUE

QUE (N, Système nerveux central)

ISER CE MÉDICAMENT ?

paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles  
grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg  
(soit environ à partir de 8 ans) Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations  
de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharma-  
cien.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN  
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement  
votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les  
associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre  
Posologie).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité  
insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de  
votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin  
avant de prendre du paracétamol.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la  
présence de sodium : 408 mg par comprimé.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE  
VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux  
d'acide urique ou de sucre dans le sang.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS,  
SIGNEZ SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE  
MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la  
grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE  
L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE  
PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE  
UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :

