

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9713 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZARROUK Sassi

Date de naissance :

Adresse : HABIB SEDDIKI BLD N° 16 Casablanca

Tél. : 6 817 28 41 73 Total des frais engagés : 761,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2023

Nom et prénom du malade : MENDI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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.

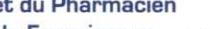
Fait à : Casablanca Le : 16/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
16/10/2018	Cx		1500 DA	Béira Universitaire International Cheikh Khanie Dr. EL HOUARI Othman Medecin resident Oto-Rhino-Laryngologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 092054733	10/10/23	341.40

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	25533412 00000000	21433552 00000000	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	G B	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


CLINIQUE
JNANE TADDART
 PHARMACIE JNANE TADDART
 YOUSRA AHBAB LAHOU
 Rés «Les Jardins de California 2^e
 Bd. de Fes Imm. 1 California 2^e
 Casa. Tel. 05.22.21.98.24

Casablanca le 16/10/2023



Mr. Nehdi Zarrouk

- 1 - Azix cps 75.70 GY
 1 cp/jour x 3 jours.
- 2 - Orapred 20mg cps 60.00 GY
 3 cps/jour x 5 jours puis arrêt.
- 3 - Nasonex pulv resalé 110.10 GY
 2 pdr x 2 j — ~~à sonner~~ remplace Nasonez
- 4 - Aler-2 cps 28.65 GY
 1 cp le matin x 1 mois GY


 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 DR EL HOUARI Othman
 Médecin résident
 Oto-Rhino-Laryngologie



Tél : 0522 522 504 - 0522 523 350 - 0522 875 490 - 0522 874 596

Adresse : 19 bd Taddart les Crêtes Ain Chock Casablanca / E-mail : contact@cjt.ma

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

ORAPRED® 20 mg, Boîte de 30 comprimés effervescents.
ORAPRED® 5 mg, Boîte de 30 comprimés effervescents.
prédnisolone

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

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autres questions, 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

R (1) E C S L L 3 G (1) 4 C n 5 C 5 ou 20 mg sodique)
Bicarbonate de sodium, e tartrique, Saccharine se, Benzoate de sodium.
:

UTIQUE :
STEMIQUE.
elles).

est indiqué dans certaines et anti-inflammatoire.

60,00

REMARQUE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

ORAPRED® 20 mg est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.
ORAPRED® 5 mg et 20 mg :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.



COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);

- infections ~~odontostomatologiques~~:

- infections

- infections

- urétrites e

CONTRE -

- Antécédé

- Insuffisar

P V 79 D H 7 0
E R 0 6 / 2 6
L T M 2 2 1 8

ia trachomatis).

crolides.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFECTS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas – Ain Sébaâ - Casablanca

S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

ALER-Z® 10mg, Comprimés pelliculés sécables
Boîte de 7, 14 et 28
(Cétirizine)

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

• Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information 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.

1. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Substance active:

Cétirizine (DCI) (Dichlorhydrate) 10 mg

Excipients : Lactose, amidon de maïs, talc,

silice colloïdale anhydre, cellulose

microcristalline, stéarate de magnésium,

Opadry white, eau purifiée.

Excipient à effet notable : lactose.

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

OU LE TYPE D'ACTIVITE

ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable

est un médicament anti-allergique.

3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans, ALER-Z® 10mg, comprimé pelliculé sécable est indiqué :

- Pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.

- Pour le traitement des symptômes de l'urticaire chronique (urticaire chronique idiopathique).

Un avis médical est recommandé pour l'urticaire chronique idiopathique.

4. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute.

Mode et voies d'administration :

Ces instructions doivent être suivies sauf si votre médecin vous a donné des instructions différentes sur la manière d'utiliser ALER-Z® 10mg, comprimé pelliculé sécable. Suivez ces instructions, dans le cas contraire ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable pourrait ne pas être complètement efficace.

Les comprimés doivent être avalés avec une boisson.

• Adultes et adolescents de plus de 12 ans :

La dose recommandée est de 10 mg une fois par jour soit 1 comprimé.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

• Enfants de 6 à 12 ans :

La dose recommandée est de 5 mg deux fois par jour, soit un demi comprimé deux fois par jour.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

• Insuffisance rénale :

Chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée, la dose sera réduite à 5 mg une fois par jour.

Si vous avez une maladie grave du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en conséquence.

Si votre enfant a une maladie du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en fonction des besoins de votre enfant. Si vous pensez que l'effet d'ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable est trop faible ou trop fort, consultez votre médecin.

Durée du traitement :

La durée du traitement dépend du type, de la durée et de vos symptômes et est déterminée par votre médecin.

5. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable :

- 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 (cf. section 1), à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances apparentées contenues dans d'autres médicaments).

6. EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables suivants sont rares ou très rares : cependant, en cas d'apparition, vous devez arrêter immédiatement votre traitement et consulter votre médecin :

- Réactions allergiques, y compris réactions graves et angioédème (réaction allergique grave provoquant un gonflement du visage et de la gorge). Ces réactions peuvent apparaître immédiatement ou de façon retardée par rapport à la prise du médicament.

La fréquence des possibles effets indésirables listés ci-dessous est définie en utilisant la convention suivante :

Fréquent : concerne 1 à 10 patients sur 100

Peu fréquent : concerne 1 à 10 patients sur 1000

Rare : concerne 1 à 10 patients sur 10 000

Très rare : concerne moins de 1 patient sur 10 000

Indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles.

Effets indésirés

- Somnolence
- Sensations
- Pharyngite,
- Diarrhée, na
- Fatigue

Effets indésirés

- Agitation
- Paresthésie (niveau de la peau
- Douleur abdom
- Prurit (démang
- Asthénie (fatigu

Effets indésirables

- Réactions allerg
rare)

- Dépression, ha
confusion, insomnie
- Convulsions

- Tachycardie (battements du cœur trop rapides)
- Anomalies du fonctionnement du foie

- Urticaire

- Édème (gonflement)

- Prise de poids

Effets indésirables très rares

- Thrombocytopénie (diminution des plaquettes sanguines)

- Tics (contractions musculaires involontaires répétées)

- Syncope, dyskinésie (mouvements involontaires), dystonie (contraction musculaire anormalement prolongée), tremblements, dysgueusie (altération du goût)

- Vision floue, troubles de l'accommodation (difficultés à voir de façon nette), crises oculaires (mouvements circulaires incontrôlés des yeux)

- Angioédème (réaction allergique grave provoquant un gonflement du visage et de la gorge), érythème pigmenté fixe

- Troubles de l'élimination de l'urine (incontinence nocturne, douleur et/ou difficultés à uriner)

Effets indésirables de fréquence indéterminée

- Augmentation de l'appétit

- Amnésie, troubles de la mémoire

- Idées suicidaires

- Vertige (impression de rotation ou de mouvement)

- Rétention urinaire (incapacité à vider complètement la vessie)

Si vous développez un des effets indésirables mentionnés ci-dessus, veuillez en informer votre médecin. Aux premiers signes de réaction allergique, arrêtez de prendre ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable.

Votre médecin en évaluera la sévérité et décidera des mesures à prendre si nécessaire.

Déclaration des effets indésirables suspectés

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante.

Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament.

7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI

Si vous avez une 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 avez des problèmes pour uriner (en raison de problèmes au niveau de la moelle épinière ou de problèmes de vessie ou de prostate), demandez conseil à votre médecin.

Si vous êtes épileptique 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 dose de 0,5 pour mille g/l de vin).

Il n'est pas disponible lors de la prise simultanée de cétirizine et d'alcool, comme avec tout autre médicament.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de modifier les résultats en ce qu'il convient en fonction des tests pour la présence de l'urine.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.

Il est recommandé de faire des tests pour la présence de l'urine (test culané par exemple) 3 jours avant leur administration.