

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-658798

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **12388** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **SEBBANE HICHAM**

Nom & Prénom : **SEBBANE HICHAM**

Date de naissance : **05-09-1974**

Adresse : **313 D6 Meknes 21 ALAÏ MOHAMMEDIA**

Tél. : **0611775838** Total des frais engagés : **0** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **SEDIRA Mohamed**
5. Av. des FAR 1er Etage
App. A. 103.31.06.08
Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation : **22/02/2024**

Nom et prénom du malade : **SEBBANE HICHAM** Age : **49**

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

Nature de la maladie : **Steuille**


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 : **Mohammadia** Le : **22/02/2024**

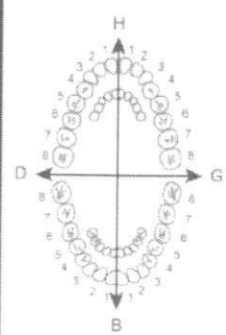
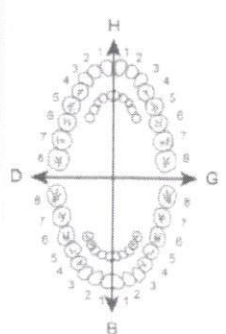
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
22/02/24				 Dr. SEDIR Monamet 5, Av. des FAR 1er Etage Apt. 4, Mohammédia Tél: 091186400 023 81 06 98

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 TAZI MOUMEN PHARMACIE IBN. ROCHD 501, Derb Chabab, Alla Mohammédia Tél: 05 23 32 31 29	22/02/24	9240

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
		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	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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21432552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21432552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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															

Dr Mohamed SEDIRA

PEDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er étage App. N° 4 - Mohammedia
Tél. : C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

الطب الرياضي

15 شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
العيادة : 05 23 31 06 08
المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le

22/02/2024

المحمدية، في :

TAZI MOUMEN

PHARMACIE IBN. ROCHD

501, Derb Chabab, Alla Mohammedia
Tél : 05 23 32 31 29

SEBANE

MARAM

37.40

4.



Biomycase.

Acce x 3 IT

30.00

4.



Broncoliber.

25.00



Acce

92.40

NAUREUS

Acce

Dr. SEDIRA Mohamed
5, Av. des F.A.R
App. 4 - Mohammedia
Tél : 023 31 06 08

A70980 EYT 5

Naureus®

0,5 mg/ml, solution buvable
5 mg, comprimé pelliculé

Desloratadine

Veillez 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 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.

Que contient cette notice ?

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

1. QU'EST-CE QUE NAUREUS® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antihistaminiques anti-H1 - code ATC : R06AX27

Qu'est-ce que NAUREUS® ?

NAUREUS® contient de la desloratadine qui est un antihistaminique.

Comment agit NAUREUS® ?

NAUREUS® est un médicament contre l'allergie qui ne vous rend pas somnolent. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

Quand NAUREUS® doit-il être utilisé ?

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants de 1 an et plus.

NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé est indiqué chez les adultes et les adolescents de 12 ans et plus.

NAUREUS® soulage les symptômes associés à la rhinite allergique (inflammation nasale provoquée par une allergie, par exemple, le rhume des foies ou l'allergie aux acariens).

Ces symptômes comprennent les éternuements, le nez qui coule ou qui démange, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, qui sont rouges ou larmoyants.

NAUREUS® est aussi utilisé pour soulager les symptômes associés à l'urticaire (atteinte cutanée provoquée par une allergie). Ces symptômes comprennent les démangeaisons et éruptions urticariennes.

Le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et vous aide à poursuivre vos activités quotidiennes normales et préserve votre sommeil.

Fertilité

Aucune donnée n'est disponible sur la fertilité chez l'humain.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

À la dose recommandée, il est peu probable que ce médicament affecte votre capacité à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Bien que la plupart des personnes ne ressentent pas de somnolence, il est néanmoins recommandé de tester votre réponse à ce médicament avant d'accomplir des activités exigeant une vigilance, telles que conduire des véhicules ou utiliser des machines.

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable contient du sorbitol, son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

3. COMMENT PRENDRE NAUREUS® ?

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

Posologie :

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable :

Enfants de 1 à 5 ans : prendre 2,5 ml de solution buvable une fois par jour.

Enfants de 6 à 11 ans : prendre 5 mg de solution buvable une fois par jour.

Adultes et adolescents de 12 ans et plus : la dose recommandée est de 10 ml de solution buvable une fois par jour.

NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé :

Adultes et adolescents de 12 ans et plus : La dose recommandée est de 1 comprimé une fois par jour avec de l'eau.

Mode d'administration :

Ce médicament est destiné à la voie orale.

NAUREUS® 0,5 mg/ml, solution buvable : Avez la dose de solution buvable et puis buvez un peu d'eau. Vous pouvez prendre ce médicament au moment ou en dehors des repas.

NAUREUS® 5 mg, comprimé pelliculé : Avez le comprimé en entier, au moment ou en dehors des repas.

Concernant la durée du traitement, votre médecin déterminera le type de rhinite allergique dont vous souffrez et déterminera la durée pendant laquelle vous devrez prendre NAUREUS®.

Si votre rhinite allergique est intermittente (présence de symptômes sur une période de moins de 4 jours par semaine ou sur une période inférieure à 4 semaines), votre médecin vous recommandera ce traitement pour une durée qui dépendra de l'évaluation des antécédents de votre maladie.

Si votre rhinite allergique est persistante (présence de symptômes sur une période de 4 jours ou plus par semaine et pendant plus de 4 semaines), votre médecin peut vous recommander ce traitement pour une durée plus longue.

Concernant l'urticaire, la durée de traitement peut être variable d'un patient à l'autre et vous devez donc suivre les instructions de votre médecin.

Si vous avez pris plus de NAUREUS® que vous n'auriez dû

Prenez NAUREUS® uniquement comme il vous a été prescrit. Aucun problème sérieux n'est attendu lors d'un surdosage accidentel. Cependant, si vous avez pris plus de NAUREUS® que vous n'auriez dû, prévenez immédiatement votre médecin, ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre NAUREUS®

Si vous oubliez de prendre votre dose à temps, prenez-la dès que possible.

Très rares (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :

- Réactions allergiques sévères
- Battements du cœur rapides
- Vomissements
- Vertige
- Douleur musculaire
- Agitation avec mouvements corporels augmentés
- Eruption cutanée
- Douleur d'estomac
- Pesanteur d'estomac
- Somnolence
- Hallucinations
- Inflammation du foie
- Battements du cœur irréguliers ou plus intenses
- Nausées
- Diarrhées
- Insomnie
- Convulsions
- Anomalies du bilan hépatique sanguin

Fréquence indéterminée : la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles

- Faiblesse inhabituelle
- Augmentation de la sensibilité de la peau au soleil, y compris en cas de soleil voilé, ainsi qu'au rayonnement ultraviolet (UV), par exemple aux lampes UV d'un solarium
- Modification du rythme des battements du cœur
- Coloration jaune de la peau et/ou des yeux
- Anomalie du comportement
- Agressivité
- Prise de poids, augmentation de l'appétit

Enfants

Fréquent chez les enfants âgés de moins de 2 ans : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10

- Diarrhée
- Fièvre
- Insomnie

Fréquence indéterminée : la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles

- Rythme lent des battements du cœur
- Modification du rythme des battements du cœur
- Anomalie du comportement
- Agressivité
- Prise de poids, augmentation de l'appétit

Déclaration des effets indésirables :

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable non mentionné dans cette notice. Vous pouvez

noter

entre

is, vous

vous

vous

vous

vous

vous

LOT : 3629
PER : 10 - 25
P. P.V. : 25 DH 00

5.

5.

5.

5.

BIOMYLASE®
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

- 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 autre question, 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimé :	Pour 1 Cp enrobé
Alpha-amylase *Soit 2142,9 Unités Pharmacopée Européenne par Comprimé. Excipients	3000 U CEIP* q.s.p.....1 Cp
Sirop :	Pour 1 ml de sirop
Alpha-amylase *Soit 142,86 Unités Pharmacopée Européenne par ml de sirop. Excipients	200 U CEIP* q.s.p.....1 ml

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé S (E110).

Sirop : Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de propyle sodique (E217), Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée anti-inflammatoire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

Posologie

*** Comprimé :**

Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

*** Sirop :**

Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillérées à café (10 ml), 3 fois par jour.

Nourisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée sans avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

- En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants du sirop).

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

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

PPV:37DH40

ins (le

U DE

e allergique, généralement cutanées,
 e traitement;
 cette notice, ou si certains effets
 à votre pharmacien.
 e chez les patients présentant une
 et du galactose ou un déficit en
 9) et du parahydroxybenzoate de
 uer des réactions allergiques.
 les (maux de gorge ou de tête
 on des aliments...) CONSUL-
 g de saccharose par cuillère
 me pauvre en sucre ou de
 e intolérance au galactose,
 u du galactose (maladies
 intolérance au fructose,
 e isomaltase (maladies
 oquer des réactions

s, vomissements,
 OU DE VOTRE
 ment un autre
 seul peut

ES :