

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BACHARI SELLAL
 Date de naissance : 26/12/1961
 Adresse : n°31 Rue Sidi Msahel Alc Cheikh Sellal
 Tél. : 06 96 07 54 47 Total des frais engagés : 350,90- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2014
 Nom et prénom du malade : BACHARI AHMED ALI Age :
 Lien de parenté : Un-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : Sellal

Le : 04/03/2014

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



Déclaration de Maladie

M22- 0026600

AG 197409

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
06.02.24	C3		30000	 Dr. H. CHAHDY O.R.L. Centre ORL de Diagnostic et Exploration C.O.D.E.A. Casablanca 16 Rue Jean Jaurès et Ouhad Roudani - Casa 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 10 10 03 INPE : 091040949

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>André RAYMOND DR</i>	<i>6/12/91</i>	<i>50,90</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412
	00000000
	00000000
	00000000
	35533411
	11433553

[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

Pr. CHELLY
Prise de RDV au
07.71.29.29.29

code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS
Casablanca le 06/02/2024

Casablanca, le

Enfant

AHMED ALI

BACHARI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

3H160

ALER-Z Sp

1 c-à-m le soir pendant 2 mois

16,30

SOUFRANE nasale

2 gouttes dans chaque narine 2 fois par jour pdt 6 jours

HUMER Douches nasales

1 lavage deux fois par jour pendant 10j

50,90

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès el Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 20 18 85
Fax : 05 22 20 18 85
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
Tél : 05 22 47 30 30 - Fax : 05 22 20 18 85

Pharmacie RAHMANE
Dr. Idrissi
2, rue Ourika Hassan
Tél : 05 22 20 18 85



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseefarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

soufrane®

thiophène carboxylate de sodium 2 p. cent

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÊNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÊNANTS, notamment une allergie.

NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÊNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

À conserver à une température inférieure à 25°C.

DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE

Janvier 2005



Laboratoires
SYNTHEMEDIC

sanofi-synthelabo

Solution nasale pour pulvérisation

SOUFRANE 2P.CEM

thiophènecarboxylat

16/30

SOUFRANE 2P.CEM
Solution pour pulvérisation nasale



6 118000 180463

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

COMPOSITION

pour 100 ml de solution

- Thiophènecarboxylate de sodium 2,340 g
(Quantité correspondante en Thiophènecarboxylate 1,980 g)
- Excipient : parahydroxybenzoate de méthyle (E 218), parahydroxybenzoate de propyle (E 216), bicarbonate de sodium, eau purifiée.

pour 100 ml de solution

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution nasale pour pulvérisation. Flacon de 20 ml.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

PRÉPARATION NASALE POUR USAGE LOCAL

(R : Système respiratoire).

DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué comme traitement local d'appoint en cas de rhume et de rhinopharyngite.

352105-02

ALER-Z® 5mg/5ml

Solution buvable

Flacon de 120 ml

Dichlorhydrate de cétirizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
3. Comment prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Antihistaminiques à usage systémique, dérivés de la pipérazine - code ATC : R06AE07.

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active d'ALER-Z®. ALER-Z® est un médicament utilisé dans le traitement de l'allergie.

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans, ALER-Z® est indiqué dans :

- le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle ;
- le traitement de l'urticaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ?

Ne prenez ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable :

- 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, mentionnés dans la rubrique 6, à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives apparentées contenues dans d'autres médicaments).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable.

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.

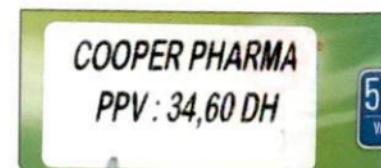
Comme avec tout autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec ALER-Z®.

Si vous devez passer des tests pour le diagnostic de l'allergie,

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :



ALER-Z® 5mg/5ml

Solution buvable en flacon
contenant 120 ml



6 118000 082750

machines, voies urinaires, etc...
au traitement par ALER-Z®. Vo
recommandée.

ALER-Z® 5 mg/5ml, solution

sorbitol est une source de fructose. Si votre médecin vous a informé(e) que vous (ou votre enfant) présentez une intolérance à certains sucre(s) ou si vous avez été diagnostiquée(e) avec une intolérance héréditaire au fructose (IHF), un trouble génétique rare caractérisé par l'incapacité à décomposer le fructose, parlez-en à votre médecin avant que vous (ou votre enfant) ne preniez ou ne receviez ce médicament.

ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable contient du parahydroxybenzoate de propyle et de méthyle qui peuvent provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable contient 500 mg de propyléneglycol par dose de 5 ml. Si votre enfant a moins de 5 ans, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien avant de lui donner ce médicament, en particulier s'il reçoit d'autres médicaments contenant du propyléneglycol ou de l'alcool. Si vous souffrez d'une maladie du foie ou du rein, ne prenez ce médicament que sur avis de votre médecin. Votre médecin pourra procéder à des examens complémentaires pendant que vous prenez ce médicament.

ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose de 5 ml, c'est à dire qu'il est essentiellement « sans sodium ».

3. COMMENT PRENDRE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ?

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.

La solution peut être avalée telle quelle.

Adultes et adolescents de plus de 12 ans :

La dose recommandée est de 10 mg une fois par jour, soit 10 ml

vertigineuses, fatigue, céphalée,
des pupilles, démangeaison, a-
stupeur, augmentation d'anor-
tremblements et rétention urinaire.
Si vous oubliez de prendre
buvable

Ne prenez pas de dose double p-
avez oublié de prendre.

Si vous arrêtez de prendre ALER-
Rarement, une réapparition du
étouf ou de l'urticaire est suspectible
de prendre ALER-Z®.

Si vous avez d'autres questions
demandez plus d'informations
pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS

Comme tous les médicaments,
des effets indésirables, ma-
systématiquement chez tout le n-
Les effets indésirables suivant-
cependant, en cas d'appar-
immédiatement votre traitemen-

• Réactions allergiques, y
angioédème (réaction allergique
du visage et de la gorge).

Ces réactions peuvent appa-
première prise du médicament c-
Effets indésirables fréquents (peu-
• Somnolence

• Sensations vertigineuses, ma-