

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.

M22- 0058157

203715

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 596 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ERBOURHE PATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663259611 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/04/2014

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asth e

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.

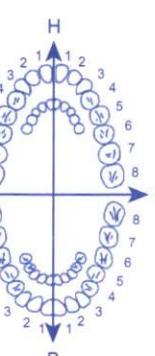
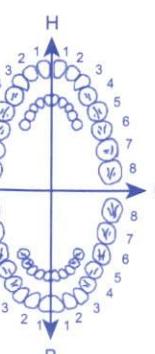
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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																				
14/04/24	cur	1	44,44																					
EXECUTION DES ORDONNANCES <table border="1"> <tr> <td>Cachet de Pharmacien ou de Fournisseur</td> <td>Date</td> <td>Montant de la Facture</td> </tr> <tr> <td>PHARMACIE DU PARADIS CASA KITA Dr BOUSTANI Bloc L, N° 8, Daoumane Hay Mohammadi Tél: 0522.800.871</td> <td>14/04/24</td> <td>186,80</td> </tr> </table>					Cachet de Pharmacien ou de Fournisseur	Date	Montant de la Facture	PHARMACIE DU PARADIS CASA KITA Dr BOUSTANI Bloc L, N° 8, Daoumane Hay Mohammadi Tél: 0522.800.871	14/04/24	186,80														
Cachet de Pharmacien ou de Fournisseur	Date	Montant de la Facture																						
PHARMACIE DU PARADIS CASA KITA Dr BOUSTANI Bloc L, N° 8, Daoumane Hay Mohammadi Tél: 0522.800.871	14/04/24	186,80																						
ANALYSES - RADIGRAPHIES <table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</td> <td>Date</td> <td>Désignation des Coefficients</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires																
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.																					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>																		
DEBUT D'EXECUTION			<input type="text"/>																		
FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>																		
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411			11433553		
	H	25533412	21433552																		
	D	00000000	00000000																		

	B	00000000	00000000																		
	35533411																				
	11433553																				
	(Création, remont, adjonction)			<input type="text"/>																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>																	
			<input type="text"/>																		
			<input type="text"/>																		
			<input type="text"/>																		
			<input type="text"/>																		
			<input type="text"/>																		
			<input type="text"/>																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS			<input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION			<input type="text"/>																		

FLU.50

4

Afrix Goong

polk35'

(S.A) 16

42.00

21

Paraphilie

LB & 31 f

(S.A)

7.01

21

Imeto long
Rep a gen

(S.A)

186,81





Facture Urgence

Nº Quittance

Code ANAM : 090005299

Nº Compte Courant 2140

Facture Numéro : 2 024 / P / 27 667

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification	Débiteur
Index Patient : 131 998	PAYANT
Nº Urgence : 21 960	
Nom et prénom : FATIMA EL ROUKH	
Adresse : DAR LAMNE HAY MOHAMDI	
Médecin	Date
Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Type de urgence : MALADIE COMMUNE	Date Entrée : 14/04/2024 10:19:20

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
CONSULTATIONS							
CONSULTATION GENERALISTE	C			1,00	40,00	40,00	40,00
Montant Total:							40,00

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

14/04/2024 11:20:16

Facture Etablie Par Personnel N° : RAJMAR

Signature du responsable :

Nébulisation
Solu edrol (2V)



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**Ventoline 100 microgrammes/
suspension pour inhalation en flacon I
SALBUTAMOL**

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.
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 un autre. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, qu'il soit mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
3. Comment utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : Bronchodilatateur Bêta-2 mimétique à action rapide et de courte durée par voie inhalée (R : Système Respiratoire) - code ATC : R03AC02

Ce médicament contient un bêta-2 mimétique : le salbutamol.

C'est un bronchodilatateur (*il augmente le calibre des bronches*) à action rapide (*il agit en quelques minutes*) et de courte durée (4 à 6 heures) qui s'administre par voie inhalée (*en l'inspirant par l'embout buccal de l' inhalateur*).

Il est indiqué en cas de **crise d'asthme** ou pour soulager une **gêne respiratoire** au cours de la maladie astmatique ou de certaines maladies des bronches.

Il peut également vous être prescrit en **traitement préventif de l'asthme déclenché par l'effort**.

Si vous avez de l'asthme, en fonction de sa sévérité, votre médecin peut prescrire Ventoline seul ou en complément d'un traitement de fond continu par un ou plusieurs autres médicaments, comme les corticoïdes par voie inhalée.

Ce médicament peut également vous être prescrit à l'occasion de certains tests respiratoires.

Lot
EXP
PPV

464X-A
06 2015
42,20 DH



Gélule
Microgranules
gastro-résistants
Par voie orale

Inéso

ésoméprazole

Deva
Pharmaceutique

Inéso 20 mg

14 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 1118000 410430

PPU:70,100H
PERFG9/2025
LOT:M1162

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'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 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.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inéso contient la substance appelée ésoméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue l'acidité au niveau de l'estomac.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Inéso 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes :

Adultes

- Le reflux gastro-oesophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

- L'ulcère de l'estomac ou duodénal en cas d'infection par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Si vous êtes dans cette situation votre médecin pourra également vous prescrire des antibiotiques pour traiter l'infection et permettre à l'ulcère de cicatriser.

- Le traitement des ulcères associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Inéso peut aussi être utilisé pour stopper la formation d'ulcères si vous prenez des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- Un excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison.

Adolescents âgés de 12 ans et plus

- Le reflux gastro-oesophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

- L'ulcère de l'estomac ou duodénal en cas d'infection par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Si vous êtes dans cette situation votre médecin pourra également vous prescrire des antibiotiques pour traiter l'infection et permettre à l'ulcère de cicatriser.

Inéso 40 mg, gélule gastro-résistante est utilisé dans le traitement des maladies suivantes

Adultes

- Le traitement de l'œsophage érosive par reflux lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

- Un excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison.

Adolescents âgés de 12 ans et plus

- Le reflux gastro-oesophagien (RGO) lorsque l'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage et entraîne une douleur, une inflammation et des brûlures.

LISTE DES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT LA PRISE DU MÉDICAMENT

Sans objet.

CONTRE-INDICATIONS

- Si vous êtes allergique à l'ésoméprazole ou l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons, (par exemple : pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole, oméprazole),

- Si vous prenez un médicament contenant du neflénavir.

Il est particulièrement important d'informer votre médecin si vous prenez d'autres médicaments, même ceux sans prescription médicale.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ; MISES EN GARDE SPÉCIALES

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant toute administration d'Inéso.

- si vous avez des problèmes hépatiques sévères.

- si vous avez des problèmes rénaux sévères.

Si vous prenez Inéso vous devez informer immédiatement votre médecin si : "vous perdez du poids sans raison et vous avez des problèmes pour avaler," vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion, "vous vomissez de la nourriture ou du sang," vous avez des selles noires teintées de sang.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel qu'Inéso, en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, ou si vous avez récemment pris ou pourrez prendre tout autre médicament, y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

Vous ne devez pas prendre Inéso si vous prenez le médicament suivant : neflénavir (utilisé dans le traitement de l'infection par le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants : atazanavir, dapsone, didéprozé, kétoclorazole, itraconazole ou voriconazole, erlotinib, cétoprofén, imipramine ou clomipramine, diazepam, phénytoïne, warfarine, clozapine, cispapride, digoxine, méthotrexate, tacrolimus, rifampicine, miltepertine.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Vous pouvez prendre vos gélules avec de la nourriture ou à jeun.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THÉRAPIES ALTERNATIVES :

Sans objet.

UTILISATION PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre Inéso pendant cette période.

On ne sait pas si Inéso passe dans le lait maternel; en conséquence, vous demandez conseil à votre médecin ou pharmacien lorsque vous allaitez.

6 1118000 410430

PPU:70,100H
PERFG9/2025
LOT:M1162

• Traitements contre l'inflammation de l'œsophage. Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire. La dose recommandée après une guérison complète est une gélule d'Inéso 20 mg une fois par jour. Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Inéso 20 mg une fois par jour.

• En cas d'infection par la bactérie appelée Helicobacter pylori. Si votre médecin diagnostique une infection par cette bactérie, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines. La dose recommandée est d'une gélule d'Inéso 20 mg une fois par jour.

• Prévention des ulcères associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines.

• Traitement des ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). La dose recommandée est d'une gélule d'Inéso 20 mg deux fois par jour pendant 4 semaines.

• Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison. La dose recommandée est d'Inéso 40mg deux fois par jour pendant 4 semaines.

• Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus) pour le reflux gastro-œsophagien. Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire. La dose recommandée après une guérison complète est une gélule d'Inéso 20 mg une fois par jour.

Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, la dose recommandée est d'une gélule d'Inéso 20 mg une fois par jour.

Si vous avez de graves problèmes hépatiques, il est possible que votre médecin prescrive Inéso.

• En cas d'infection par la bactérie appelée Helicobacter pylori. Si votre médecin diagnostique une infection par cette bactérie, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines. La dose recommandée est d'une gélule d'Inéso 20 mg une fois par jour.

Inéso 40 mg

- Adultes âgés de 18 ans et plus :

• Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien. Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire. La dose recommandée après une guérison complète est une gélule d'Inéso 40 mg une fois par jour.

• Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac dû à un syndrome de Zollinger-Ellison. La dose recommandée est d'Inéso 40mg deux fois par jour pendant 4 semaines.

• Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus) pour le reflux gastro-œsophagien. Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il peut prescrire Inéso une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire. La dose recommandée après une guérison complète est une gélule d'Inéso 40 mg une fois par jour.

Si vous avez de graves problèmes hépatiques, il est possible que votre médecin prescrive Inéso.

MODE D'ADMINISTRATION

- Vous pouvez prendre vos gélules à n'importe quel moment de la journée avec un verre d'eau.

ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS

Inéso 20 mg et 40 mg, gélules gastro-résistantes n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 12 ans.

SUJETS AGES

Un ajustement de la posologie n'est pas nécessaire chez les sujets âgés.

AZIX



COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux ger-

- infections respiratoires hautes : otopharyngite;

- infections respiratoires basses (y com-

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques.

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

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.

EFFETS 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

Ajdir 12/20 101005

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Aïn Sebâa Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

27687

Quittance

№ 0739500 /B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
u R		
Total		40 Yer

Cachet du Service

Signature du
Régisseur

11.3 202 84