

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-501186
N° D. 14939

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)	JULY 18	Société :	A. M
Matricule :		Date de naissance :	31/12/75
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	DOUDOU / FAIMA
Nom & Prénom :		Boujdou / FAIMA	
Adresse :		Lot extension Fiddia I - AGADIR	
Télé. :	663618481	Total des frais engagés :	343,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin	Dr. ZOHIR - LAHLALI Z. PEDIATRIE CLINIQUE ARGANA Rue de la Foire - AGADIR Tel: 0528846100 / 0528846000
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	17/12/19
Nom et prénom du malade :	Ramim Rhita bkhelidz.
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Plante callejera - maloux
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.	
02 Jan	

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 : Agadir Le : 02/01/2020
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
12.12.19	C2	200,00		INP : 0400028341 Z.
				DR. ZOHIR LAHLALI SÉDIA CLINIQUE ARGANA Rue de la foire AGAIZ 7023336100 / 0528660000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ALAGUI Lalla Asma	17-12-19	173,60
Ext. Al Fidha Tél. Générale Dakha		
R - Tél: 05 28 23 39 39		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

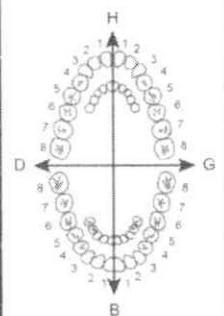
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

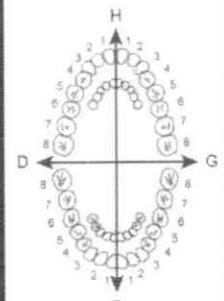
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



**Docteur ZOHIR LAHLALI Zakia
PEDIATRE**

Diplômée de la faculté de Médecine de Rouen
Spécialiste en Néonatalogie
Maladies des Nourrissons
Enfants et Adolescents
Ancienne Assistante Attachée
Des Hôpitaux de France

الدكتورة زهير لهلالي زكية

خريجة كلية الطب بروان

اختصاصية في أمراض
الأطفال والرضيع

ملحقة سابقاً بمشافي فرنسا

Agadir, le 17.12.19

اكابر

45B

A:

P:

Enfant Ramim Rhiha Yalidika -

58,40

- Slimpid ep romp



27,10 2cp 1/2 le matin pendant 8j

- Muxol sirup:



56,20 1/2 dessert 3x/j 8j

- Nasrex esp nasal



31,90 1 pot vert Matin et Soir 1/2

- Zyntec sirup:
1 cuillère par jour pendant 17j



- Salipane ep 500mg

1 cp 1/2 cuillère 8 J

Sur Rendez vous

*Dr. ALAOUI Lalla Asma
Ext. Al Fiddia I Cité Dakira
AGADIR - Tél. 05 28 84 60 00*

**Dr. ZOHIR - LAHLALI Z.
PÉDIATRE
CLINIQUE ARGANA**

Rue de la Foire - AGADIR
Tél. 0528846100 / 0528846000
الفحص

CLINIQUE ARGANA : Rue de la Foire 80000 - Agadir - 80000 اكابر
Consultation : Tél. : 05 28 84 60 00 / 05 28 84 61 00 - Fax : 05 28 84 66 44
GSM : 06 61 38 97 00 - الهاتف المتنقل : E-mail : zakia.zohir@gmail.com - Site Web : www.clinique-argana.com



Solupred® 20 mg

Solupred® 20mg
Prednisolone

احترم لقاحات المعيشة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg
20 Comprimés effervescents



Chaque comprimé contient :

intégralité de cette dicament.

pourriez avoir besoin

ins, si vous avez un formations à votre en.

personnellement quelqu'un d'autre, identiques, cela

MENT

sodine et de sodium
nisolone à ... 20 mg.
ie, acide citrique
ium, benzoate de
el, saccharinate de
i-mousse.
0,80 mg de sodium.

Prednisolone
Comprimé effervescent

sanofi aventis

de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin

MUXOL® 0,3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml

(Chlorhydrate d'Ambroxol)



Solution buvable - 125 ml



6 118000 080565

té de cette notice avant de prendre ce médicament.

avoir besoin de la relire,

si vous avez un doute, demander plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien, normalement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre même en cas de symptômes ci-dessous.

tant grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, contactez votre pharmacien.

ENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol 0,300 g

Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

Excipients : Glycerol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, Arôme banane (Acétate de furfuryle, acétate de isoamyle, acétate d'isobutyle, acétate de méthyle-3-butényle, acétone, butyrate d'amyle, delta-décalactone, eugénol, pipéronal, propionate de benzyle, maltol, vanilline, propylèneglycol), Acide citrique monohydrate, Eau purifiée qsp 100 ml.

Excipients à effet notable : Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ

MUCOLYTIQUES

(R : SYSTÈME RESPIRATOIRE)

3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Traitements des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte et de l'enfant, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

4- POSOLOGIE

• Chez l'adulte :

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe matin et soir.

• Chez l'enfant :

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour ;

2 à 5 ans : ½ cuillère à café trois fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale

Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

5- CONTRE-INDICATIONS

Né prenez jamais MUXOL, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament ;

- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

6- EFFETS INDÉSIRABLES

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

Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Eruption cutanée, urticaire.

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

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-œdème (gonflement rapide de la peau, du tissu sous-cutané, de la muqueuse ou du tissu sous-muqueux) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson/syndrome de Lyell et pustulose exanthématisante aiguë généralisée) ;

Troubles digestifs mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est conseillé dans ce cas de diminuer la posologie.

Maux de tête, vertige.

ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon
Dichlorhydrate de cétirizine

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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?
3. COMMENT PRENDRE ZYRTEC ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ZYRTEC ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

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

est la substance active de ZYRTEC.

antihistaminique utilisé dans le traitement de l'allergie.

Zyrtec® 1mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml



Remboursable AMQ



6 118000 020172

gouttes et Zyrtec solution buvable en flacon sont indiqués chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans :
chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans :

nes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.
nes de l'urticaire.

INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?

Composition en substance active : furoate de mométasone monohydratée

51,73 microgrammes, quantité correspondant à furoate de mométasone anhydre :

50,00 microgrammes pour une dose.

Un flacon correspond à 40 pulvérisations.

Une pulvérisation délivre une dose de 50 microgrammes de furoate de mométasone anhydre.

Excipients : cellulose dispersible (AVICEL RC 591), glycérol, citrate de sodium, acide citrique monohydraté, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium, eau purifiée.

Excipient à effet noircisseur : chlorure de benzalkonium

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

MSD France

34 avenue Léonard de Vinci

92400 Courbevoie

Information médicale :

01 80 46 40 40



NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V: 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc

MAR222705CA
BECL01.2

Lot
EXP

9KTLDEN002
12 2021