

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Biologie 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.

## éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8286

Société :

57-016

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHALIL Latifa

Date de naissance : 22/07/67

Adresse : 41, Résidence Chakil B1, Appartement

Ben Abdellah, Nohammedia,

Tél. : 0661770374

Total des frais engagés : 240,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2001

Nom et prénom du malade : EL KHALIL Latifa

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

22/07/67

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 : Nohammedia

Le : 21/01/2001

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
21/01/2021	CA			<p>DR. H. CHATRAOUI Residence de la CHATRAOUI Ain Harrouf Tel: 05 22 33 21 11 ICE : 00198117700000</p> <p>09 10 00 66 7</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE GRAND ZENATA DR. NOURY Nouridine Lot C sous N° 6 Km 11 Ain Harrouf Tel.: 05 22 33 21 11</p>	21/01/2021	8.410,30

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

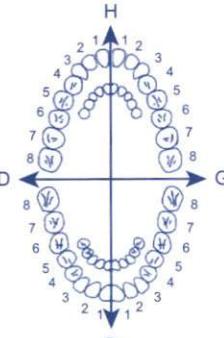
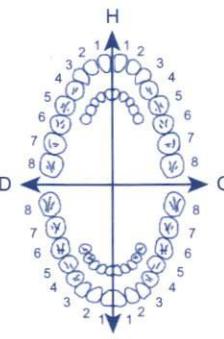
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	D	21433552 00000000 11433553
			G	
			B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Latifa CHATRAOUI

**Médecine Générale**

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Résidence Nasadihi - Appt 2

Ain Harrouda

Tél.: 05 22 33 22 64

الدكتورة لطيفة الشطراوي

**الطب العام**

خبيرة م حلقة لدى المحاكم

إقامة نساذحي - عين حرودة

الهاتف : 05 22 33 22 64

Ain Harrouda, le : ٢٠١٥/١١/٢١ عين حرودة، في :

EL KHALIL Fahima

61,100

i) Dentier ap. <sup>coll</sup>

35,800 <sup>coll</sup> de scl

ii) Brûlure 60° ap. <sup>coll</sup>

22,100 <sup>coll</sup> a. M. <sup>coll</sup>

iii) Maladie ap. <sup>coll</sup>

52,80 <sup>coll</sup> a. 34 <sup>coll</sup>

iv) Injekt <sup>coll</sup>

69,100 <sup>coll</sup> gel de m. <sup>coll</sup>

v) Sorex ap. <sup>coll</sup>

24,030 <sup>coll</sup> 34 <sup>coll</sup>



PHARMACIE GRAND ZENATA  
DR. HOUZY Nour Iddine  
Lot Guessous N°6 Km 17  
Ain Harrouda  
Tel.: 05 22 33 21 42



Docteur Latifa CHATRAOUI  
MEDECINE GENERALE  
Résidence Nasadihi Appt 2  
Ain Harrouda - Tel. 05 22 33 22 64  
ICE : 001981177000035



**Comprimé**  
Voie orale

# Docivox

comprimé à sucer

*(zingembre)*



## FORMES ET PRÉSENTATIONS

Docivox comprimé à sucer :  
-Boîte de 10 - Boîte de 20

## PROPRIÉTÉS :

Docivox est une association synergique de propolis, phytoactifs et vitamine C pour la gorge et les voies respiratoires : • Apaise et dégage les voies respiratoires toux • Renforce les défenses naturelles.

- Propolis : la sphère d'action privilégiée de la propolis concerne l'ORL où elle très rapidement de nombreuses affections couramment rencontrées, plus par
- Eucalyptus : remarquable décongestionnant respiratoire des muqueuses respiratoires.
- Échinacée : utilisée pour renforcer les défenses naturelles de l'organisme et à la grippe ou le refroidissement (syndrome grippal).

## UTILISATIONS :

Docivox comprimé à sucer est spécialement formulé pour protéger la muqueuse

-Enrouements passagers.

-Maux de gorge en cas de toux sèche d'irritation ou d'allergie.

Docivox procure une sensation de fraîcheur agréable et durable (goût original menthe, miel et citron).

## POSÉOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

1 comprimé à sucer 3 fois par jour.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

## COMPOSITION :

propolis 80 mg, extrait d'eucalyptus (eucalyptus globulus) 50 mg, extrait sec d'échinacée (echinacea purpurea) 50 mg, extrait de gingembre (zingiber officinalis) 12 mg, acide ascorbique 60 mg, sorbitol, poudre miel, stéarate de magnésium végétal, silice colloïdale, thaumatine, sucralose, acésulfame potassium, aspartame, arôme citron, menthol.

Autorisation ministère de la santé n° DA 20171612028DMP/20UCAv1

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول



Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

# Prazol® 20 mg

Veuillez lire  
• Gardez ce  
• Si vous  
médecin ou  
• Ce médic  
en cas de s  
• Si l'un de  
dans cette m

PPV : 52DH80  
PER : 11/22  
LOT : J1605-3

## COMPOSITION

Prazol® 20 mg

Oméprazole (DCI) ....

Excipients qsp

1 gélule



## FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

### Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

### Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

### Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéruse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

# Codoliprane®

## PARACETAMOL ET CODEINE

## IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

## COMPOSITION

### COMESTÍVEL

Phosphate de codeïne hémihydrate  
(Quantité correspondant à codeïne base)

Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de riz.

## FORME PHARMACEUTIQUE

FORME PHARMACEUTIQUE

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

## **CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. S.)**

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

#### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

CE MEDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeine,
  - maladie grave du foie,
  - chez l'asthmatique,
  - en cas d'insuffisance respiratoire,
  - allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

#### PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**  
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,  
Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER  
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A  
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

11

10

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler le comprimé sans le croquer, avec un grand verre d'eau.

## FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MEDICAMENT DOIT ETRE PRENNU :

Les comprimés sont à prendre de préférence au cours d'un repas.

Les prises régulières permettent d'éviter les pics de douleurs ou de fièvre.

## DURÉE DU TRAITEMENT :

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

En dehors des affections rhumatismales, si la douleur persiste plus de 3 jours, ou si elle s'aggrave ou en cas de survenue d'un nouveau trouble, en informez votre médecin.

En dehors des affections rhumatismales, si la douleur persiste plus de 3 jours, ou si elle s'aggrave ou en cas de survenue d'un nouveau trouble, en informez votre médecin.

## INSTRUCTIONS EN CAS DE SURDOSAGE :

Si vous avez pris plus de BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT UN MEDECIN.

## INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES :

Si vous oubliez de prendre BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé : ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

## V. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables.

• Peuvent survenir des réactions allergiques (notamment en raison de la présence de lécithine de soja) :

- Cutanées, éruption sur la peau, démangeaisons, œdème, aggravation d'urticaire chronique,
- Respiratoires de type crise d'asthme.

• Générales, brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke).

• Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie gastro-intestinale (cf. rubrique "Mises en garde spéciales").

Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.

• Il peut exceptionnellement être observé des maux de tête accompagnés de nausées, de vomissements et de raideur de la nuque.

Dans tous ces cas, il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

• Au cours du traitement, il est possible que surviennent :

• des troubles digestifs : maux d'estomac, vomissements, nausées, diarrhée, constipation.

• exceptionnels vertiges ou maux de tête, rares troubles de la vue, diminution importante des urines, insuffisance rénale.

Dans tous ces cas, il faut avertir votre médecin.

• Exceptionnellement, ont été observées des modifications du bilan hépatique ou de la formule sanguine (baisse des globules blancs ou des globules rouges) pouvant être graves.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou pharmacien.

## VI. CONDITIONS DE CONSERVATION

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver à une température ne dépassant pas +25°C.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

## Liste II (Tableau C)

## VII. DATE DE RÉVISION DE LA NOTICE :

Septembre 2008.

35,30

# Clartec®

Loratadine

## Formes et présentations :

Comprimés : - Boîte de 30

- Boîte de 15

- Boîte de 10

Sirops

- Boîte de 1 Flacon

- Boîte de 1 Flacon d

## Composition :

### Comprimé :

Loratadine (DCI) .....

95\*20\*48

Excipients q.s.p .....

### Sirop :

Loratadine (DCI) ..... 0,1 g

Excipients q.s.p ..... 100 ml

## Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminique sélectif des récepteurs H1 périphériques, d'action rapide et prolongée, compatible avec une prise quotidienne, par voie orale, dénué d'effets secondaires sédatifs et anticholinergiques aux doses thérapeutiques.

## Indications :

- Traitement symptomatique de la rhinite saisonnière pollinique (Rhume des fous), de la rhinite apériodique, de certaines dermatoses allergiques (urticaire,...).

- Traitement symptomatique des urticaires aigus de l'enfant.

## Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament

Enfants de moins de 2 ans

## Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence et céphalées sont exceptionnels.

## Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière placentaire passant dans le lait, est à éviter durant la grossesse et l'allaitement.

- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez les enfants de moins de 2 ans.

## Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :

Poids corporel > 30 kg : 10 mg de Clartec® une fois / jour (2 cuillères-mesure de sirop)

Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de Clartec® une fois / jour (1 cuillère-mesure de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans : 1 comprimé par jour, de préférence le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes, la prudence est requise chez les patients atteints d'insuffisance hépatique très sévère.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II

61,00