

INFORMATIONS 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.

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.

Prothèse :

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

Information : contact@mupras.com
Demande en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0014424

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM (70774)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bagass Lahcen
Date de naissance : 01-01-1935
Adresse : Hassan Cherif rue N. 10002 r. d. Ouf. Casa
Tél. : 6-66-89-66-66 Total des frais engagés : 9.000.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MAHDAOUI El Hassan
Echographie - Diabétiologie
Médecine Générale
45, Av. Driss El Harti - Casablanca
29 AVR 2021
Date de consultation : 29 AVR 2021
Nom et prénom du malade : Bagass Lahcen Age : 85
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : urologique + Digestive
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 : Casablanca Le : 12/05/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29 AVR. 2021 | | | 200,00 | DR. MAHDAOUI E. 05588 Echographie - Diabétologie Médecine Générale 45, Av. Dries El Harzi - Casablanca INP : 01096537 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 29/04/21 | 700,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

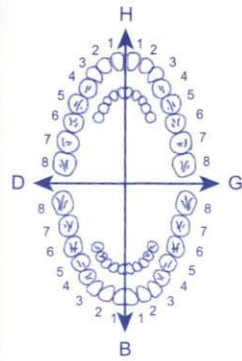
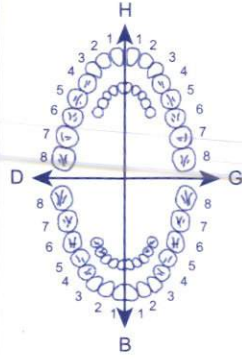
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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

Docteur MAHDAOUI El Hassan

Medecin Expert Assermenté

Diplômé en Echographie

Diplômé en Diabetologie

de l'Université de Montpellier

Diplômé en Expertise Médicale

et Réparation des Dommages Corporels

Diplôme en Addictologie

MEDECINE GENERALE

Hay Moulay Rachid, Groupe «4»

45, Av. Driss Harti - Casablanca (04)

(Arrêt des Bus N°10-97-105-143)

Tél. C. : 05 22 70 54 66

sur Rendez-vous

الدكتور مهداوي الحسن

خبير محلف لدى المحاكم

حائز على شهادة الفحص بالصدى

حائز على شهادة مرض السكري

من جامعة مونبلييه بفرنسا

شهادة الخبرة الطبية

والتعويض عن الأضرار الجسدية

شهادة العلاج من الإدمان

الطب العام

حي مولاي رشيد، مجموعة 4

45، شارع ادريس الحارثي - الدار البيضاء (04)

(محطة الحافلات رقم 10-97-105-143)

الهاتف ع. : 05 22 70 54 66

بالموعد

Casablanca, le 29 AVR. 2021 في البيضاء

17 = DR AGAS Lahcen

15330x1

11 PERMITON 160 : 108

2 gelules le soir aprupa 3m

ATENZOL : 328

Apr SHOR

Dr. MAHDAOUI El Hassan
Echographie - Diabetologie
Médecine Générale
45, Av. Driss Harti - Casablanca
INP : 97056527

9300

PHYSTOMER : 17

2 fois 1 j

④ SULIAT. HCT (160/5/12.5).203

$\frac{18210 \times 2}{36420}$



1 er / 2 Apr 2020

700,50

الصيدلية
PHARMACIE SIFEDJINE
Mme SIFEDJINE MALIKA
45 (El Firda) & Abdallah Sidiyous El Hadda
Casablanca - Tél : 0522 87 27 83

Dr. MAHDAOUL El Hassan
Echographie - Diététologie
Médecine Générale
45, Av. Driss El Harti - Casablanca
INP : 91098537

LOT 211658 EXP 12/22
PPV 182DH10

azide

LOT 211658 EXP 12/22
PPV 182DH10

ALER-Z[®] 10 mg Comprimé pelliculé sécable Cétirizine

Veillez 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 tard à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nuisible.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT : 200909
UT AV : 06/2023
PPV : 04,00DH

1. Dénomination, forme pharmaceutique & présentation du médicament :

ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable en boîtes de 7, 14 & 28.

2. Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) par unité de prise :
Chaque comprimé contient 10mg de substance active cétirizine sous forme de dichlorhydrate.

- Composition qualitative en excipients :

Lactose, amidon de maïs, talc, silice colloïdale anhydre, cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, Opadry white (code no[®] 31F58914), eau purifiée.

- Liste des Excipients à effet notoire : Lactose.

3. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable est un médicament antiallergique.

4. Indications thérapeutiques

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans, ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable est indiqué :

- pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.
 - pour le traitement des symptômes de l'urticaire chronique (urticaire chronique idiopathique).
- Un avis médical est recommandé pour l'urticaire chronique idiopathique.

5. Posologie

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

- Mode et voies d'administration :

Ces instructions doivent être suivies sauf si votre médecin vous a donné des instructions différentes sur la manière d'utiliser ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable. Suivez ces instructions, dans le cas contraire ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable pourrait ne pas être complètement efficace.

Les comprimés doivent être avalés avec une boisson.

• Adultes et adolescents de plus de 12 ans :

La dose recommandée est de 10 mg une fois par jour soit 1 comprimé.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

• Enfants de 6 à 12 ans :

La dose recommandée est de 5 mg deux fois par jour, soit un demi comprimé deux fois par jour.

Ce médicament existe sous d'autres formes pouvant être plus appropriées pour les enfants, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

• Insuffisance rénale :

Chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée, la dose sera réduite à 5 mg une fois par jour.

Si vous avez une maladie grave du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en conséquence.

Si votre enfant a une maladie du rein, veuillez contacter votre médecin qui pourra adapter la dose en fonction des besoins de votre enfant.

Si vous pensez que l'effet d'ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable est trop faible ou trop fort, consultez votre médecin.

- Durée du traitement :

La durée du traitement dépend du type, de la durée et de vos symptômes et est déterminée par votre médecin.

6. Contre-indications

Ne prenez jamais ALER-Z[®] 10 mg, comprimé pelliculé sécable :

- 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 (cf. Excipients), à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances apparentées contenues dans d'autres médicaments).

7. Effets indésirables

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais

ils ne surviennent pas systématiquement chez tous les patients.
Les effets indésirables suivants sont rares ou vous devez arrêter immédiatement votre traitement :

• Réactions allergiques, y compris réactions anaphylactiques

Les réactions peuvent être graves et nécessitent un traitement immédiat.

Effets indésirables fréquents

- Somnolence
- Sensations vertigineuses, maux de tête
- Pharyngite, rhinite (chez l'enfant)
- Diarrhée, nausées, sécheresse de la bouche
- Fatigue

Effets indésirables peu fréquents

- Agitation
- Paresthésie (sensation tactile anormale)
- Douleur abdominale
- Prurit (démangeaison), éruption cutanée
- Asthénie (fatigue intense), malaise

Effets indésirables rares

- Réactions allergiques, parfois graves (très rares)
- Dépression, hallucinations, agressivité, convulsions
- Tachycardie (battements du cœur trop rapides)
- Anomalies du fonctionnement du foie
- Urticaire
- Œdème (gonflement)
- Prise de poids

Effets indésirables très rares

- thrombocytopénie (diminution des plaquettes)
- Tics (contractions musculaires involontaires)
- Syncope, dyskinésie (mouvements involontaires anormalement prolongés), tremblements, chutes
- Vision floue, troubles de l'accommodation
- Oculogyrus (mouvements circulaires incontrôlés)
- Angioedème (réaction allergique grave provoquant un gonflement des tissus)
- Érythème pigmenté fixe
- Troubles de l'élimination de l'urine (incontinence)

Effets indésirables de fréquence indéterminée

- Augmentation de l'appétit
- Amnésie, troubles de la mémoire
- Idées suicidaires

• Vertige (impression de rotation ou de mouvement)- Rétention urinaire (incapacité à vider complètement la vessie)

Si vous développez un des effets indésirables mentionnés ci-dessus, consultez votre médecin. Aux premiers signes de réaction indésirable, arrêtez immédiatement le traitement et consultez votre médecin. Votre médecin pourra vous recommander des mesures à prendre si nécessaire.

Déclaration des effets indésirables suspects

La déclaration des effets indésirables suspects est importante. Elle permet une surveillance continue du médicament.

8. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

Si vous avez une insuffisance rénale, demandez à votre médecin la dose à prendre. Vous devrez prendre une dose inférieure.

Si vous avez des problèmes pour uriner (éprouver de la difficulté à uriner), de la douleur ou des problèmes de vessie ou de reins, consultez votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des crises d'épilepsie, consultez votre médecin. Il n'a pas été observé d'interaction spécifique avec l'alcool (jusqu'à la consommation correspondant à un verre de vin). Toutefois, l'usage de doses plus importantes de cétirizine et/ou d'antihistaminiques, il est recommandé d'éviter la consommation d'alcool avec ce médicament.

Permixon 160 mg

GÉLULE

Extrait lipido-stérolique de *Serenoa repens*

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre votre médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, consultez votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
3. COMMENT PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER PERMIXON 160 mg, gélule ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRES MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains troubles de la miction (émission d'urine) liés à l'hypertrophie (augmentation de volume) de la prostate.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?

Ne prenez jamais PERMIXON 160 mg, gélule dans le cas suivant :

- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de

la gélule.

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

Faites attention avec PERMIXON 160 mg, gélule : Mises en garde

La prise de ce médicament à jeun peut être la cause de nausées.

L'utilisation de ce médicament ne doit pas dispenser d'une surveillance régulière de la prostate chez votre médecin. PERMIXON 160 mg, gélule ne peut se substituer à l'acte chirurgical lorsque celui-ci est indispensable.

NE PAS LAISSER À LA PORTEE DES ENFANTS.

Précautions d'emploi

La prise de ce médicament à jeun peut parfois être la cause de nausées.

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

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre



PHYSIOMER

Όλα τα οφέλη της θάλασσας για καλύτερη αναπνοή.

All the goodness of the sea to breathe better.

Toute la richesse de l'eau de mer pour mieux respirer.



laboratoire
de la Mer

Το PHYSIOMER είναι μια πλήρης σειρά φυσικών προϊόντων ρινικής φροντίδας που αποσυμφορεί το θαλασσινό νερό του Saint-Malo και από τους ρινικούς κόλπους.

Τα προϊόντα PHYSIOMER δεν περιέχουν συντηρητικά και δεν εμπεριέχουν

100% Street
Maadi - Cairo - EG
Registration n° 71/201

BOTTU SA
PPC : 99 DH 00



3 564300 031258

10006578
2022.12

απομακρύνουν τις φυσικές ιδιότητες
των αλάτων και τα συμπτώματα

Υγιεινή - Ενεργή πρόληψη

- Καθημερινή χρήση
- Ως συμπληρωματική αγωγή στη θεραπεία του κρυολογήματος

Βρέφη
Από τη γέννηση

- Unidoses ⁽¹⁾⁽³⁾
- Baby ⁽¹⁾⁽⁵⁾

Ενήλικες
Παιδιά

- Kids ⁽¹⁾⁽⁵⁾
(από 2 ετών +)
- Jet normal ⁽¹⁾⁽⁵⁾
(από 6 ετών +)
- Jet fort ⁽¹⁾⁽⁵⁾
(από 10 ετών +)

οιμικευμένη για βρέφη, για
υγιεινή και την αντιμετώπιση

σειρά προϊόντων με διαφορετικές
αλατούχες, ανάλογα με την ηλικία και το

είδος των εκκρίσεων:

- Υδαρείς εκκρίσεις: Kids, Jet normal
- Παχύρρεστες εκκρίσεις: Jet fort

Αποσυμφορητικό

- Κρυολογήματα
- Ρινίτιδα

Βρέφη

- Nasal Aspirator ⁽²⁾
(από τη γέννηση)
- Baby Hypertonic ⁽¹⁾⁽⁴⁾
(από 1 μηνός +)

Αποστειρωμένο
υπερτονό διάλυμα
θαλασσινού νερού
(με συγκέντρωση
ανόργανων αλάτων 22g/l)

Δύο συμπληρωματικά προϊόντα για την
ανακούφιση των βρεφών από τη ρινική
συμφορήση και την απομάκρυνση των
ρινικών εκκρίσεων.

Αποσυμφορεί τη μύτη. Κατάλληλο για όλες
τις ηλικίες άνω των 2 ετών.

Ενήλικες
Παιδιά

- Υπέρτονο ⁽¹⁾⁽⁵⁾
(από 2 ετών +)
- Ευκαλύπτος ⁽⁶⁾
(από 6 ετών +)

Υπέρτονό διάλυμα
θαλασσινού νερού
(με συγκέντρωση
ανόργανων αλάτων
22g/l), *Eucalyptus
globulus*, φυσικό
εκχύλισμα άγριας
μέντας

Αποσυμφορεί σε 3 λεπτά και καθαρίζει τη
μύτη.
Το προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται
σε περίπτωση αλλεργίας σε οποιοδήποτε
από τα συστατικά του, κατά τη διάρκεια
της κύησης, ή του θηλασμού και σε παιδιά
ηλικίας κάτω των 6 ετών.

PHYSIOMER is a complete range of natural 100% seawater nasal care products that preserve the natural decongestant benefits of Saint-Malo seawater and efficiently relieve nasal and sinus symptoms.

Preparations from PHYSIOMER products do not impair the functioning of nasal mucosa