

# 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.

## Education :

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

clamation : contact@mupras.com  
se en charge : pec@mupras.com  
sésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'agit de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM (7074)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bagas Lahcen

Date de naissance : 01-01-1935

Adresse : Chakmaoui Chelana 14. N° 1 imm 82 n° 4 Duff Casa

Tél. : 06-66-89-66-66 Total des frais engagés : 9.200.000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. MAHDIAOUI El Hassan**  
Échographie - Diabétologie  
Médecine Générale  
15. AV. Driss El Harti - Casablanca  
INP : 010000007

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 AVR 2021

Nom et prénom du malade : Bagas Lahcen

Age : 90 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

urologique + digestive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

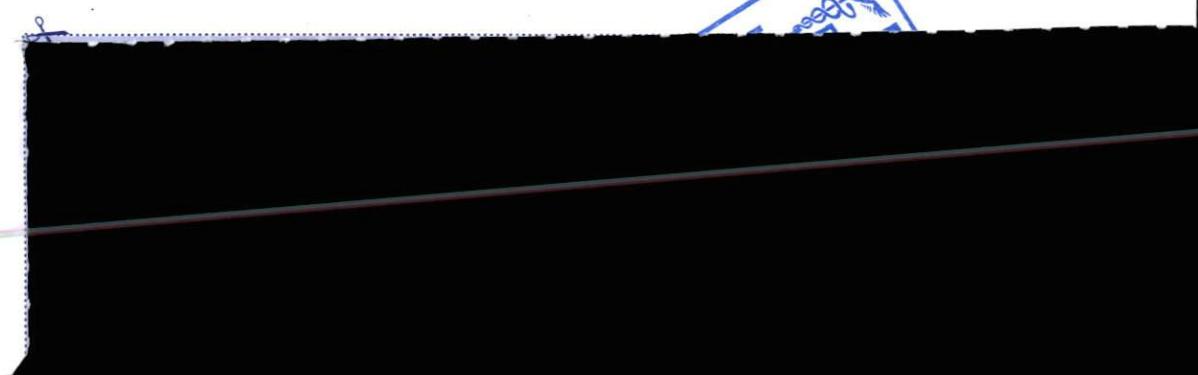
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) : El

Le : 17/05/2021



## 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
19 AVR 2021	Thérapie		200,00	Dr. MAHDIAUI Echographie - Diabetologie Médecine Générale 45, AV. Driss El Hachmi - Casablanca INP : 81096537

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABDALLAH - Tel. 0522 32 32 32	29/04/21	700,50

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
MONTANTS DES SOINS																
DEBUT D'EXECUTION																
FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>2143552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	2143552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	2143552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
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



④ SULIAT-HCT (160/5/125).203

182.10 X E  
36425

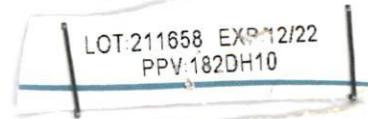


Dev | J Apr 2010

700,50



Dr. MAHDAOUI El Hassan  
Echographie - Diabetologie  
Médecine Générale  
45, Av. Driss El Hatti - Casablanca  
INP : 81055507



# ALER-Z® 10 mg Comprimé pelliculé sécable

## 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 à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à un autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être néfaste.

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

LOT : 200909  
UT : 06/2023  
PPV : 04/000H  
UT AV : 06/2023

### 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 pharmaco-thérapeutique 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 perennuelle.
- pour le traitement des symptômes de l'urticaire chronique (urticaire chronique idiopathique). Un avis médical est recommandé pour l'urticaire chronique idiopathique.

### 5. Posologie

Veuillez 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 et peuvent nécessiter d'arrêter immédiatement votre traitement.

#### • Réactions allergiques, y compris réactions

Provocant un accès de vérité, y compris réactions immédiates.

indésirables

ans sur 1000 patients

s sur 10 000 patients

1 patient sur 10 000

estimée sur la base

#### Effets indésirables

- 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 à la peau)
- Douleur abdominale
- Prurit (démangeaison), éruption cutanée
- Asthénie (fatigue intense), malaise

#### Effets indésirables rares

- Réactions allergiques, parfois graves (très rare)
- Dépression, hallucinations, agressivité, confusion
- 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 de sang)
- Tics (contractions musculaires involontaires)
- Syncope, dyskinésie (mouvements involontaires anormalement prolongée), tremblements, convulsions
- Vision floue, troubles de l'accommodation oculaire (mouvements circulaires incontrôlés)
- Angioédème (réaction allergique grave provoquant un œdème de la peau et un érythème pigmenté fixe)
- Troubles de l'élimination de l'urine (incontinence urinaire)

#### 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 indiqués ci-dessus, veuillez en parler à votre médecin. Aux premiers signes de réaction allergique, arrêtez immédiatement votre médicament et contactez votre pharmacien.

#### Déclaration des effets indésirables suspects

La déclaration des effets indésirables suspects est importante. Elle permet une surveillance continue de l'efficacité et de la sécurité.

#### 8. Mises en garde spéciales et précautions

Si vous avez une insuffisance rénale, demandez à votre médecin de réduire la dose. Vous devrez prendre une dose inférieure. La dose recommandée est de 5 mg.

Si vous avez des problèmes pour uriner (épilepsie ou de problèmes de vessie ou de prostate).

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des crises convulsives, parlez à votre médecin.

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre ALER-Z® 10 mg, comprimé pelliculé sécable et l'alcool (jusqu'à la consommation recommandée d'un verre de vin). Toutefois, si vous prenez des médicaments à doses plus importantes de cétirizine et d'un autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter l'alcool.

# Permixon 160 mg

## GÉLULE

Extrait lipido-stérolique de Serenoa repens

### **Veuillez lire attentivement cette notice avant de informations importantes pour votre traitement.**

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

153,30  
Elle contient des

6

### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
3. COMMENT PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER PERMIXON 160 mg, gélule ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

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

AUTRES MEDICAMENTS UTILISES DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE 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 A CONNAITRE 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 MEDECIN 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 A 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 MEDECIN 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.

Το PHYSIOMER είναι μια πλήρης σειρά φυσικών προϊόντων ρινικής φασού που προσφέρει την θαλασσινή νερού του Saint-Malo και από τους ρινικούς κόλπους.

Τα προϊόντα PHYSIOMER δεν περιέχουν συντηρητικά και δεν επηρεάζουν την αναπνοή.

## Υγιεινή - Ενέργυη πρόληψη

- Καθημερινή χρήση
- Δις συμπληρωματική αγωγή στη θεραπεία του κρυολογήματος

Βρέφη  
Από τη γέννηση

- Unidoses<sup>(1)(3)</sup>
- Baby<sup>(1)(5)</sup>

Ενήλικες  
Παιδιά

- Kids<sup>(1)(5)</sup>  
(από 2 ετών +)
- Jet normal<sup>(1)(5)</sup>  
(από 6 ετών +)
- Jet fort<sup>(1)(5)</sup>  
(από 10 ετών +)

## Αποσυμφορητικό

- Κρυολογήματα
- Ρινίτιδα

Βρέφη

- Nasal Aspirator<sup>(2)</sup>  
(από τη γέννηση)
- Baby Hypertonic<sup>(1)(4)</sup>  
(από 1 μηνός +)

3 564300 031258

BOTTU SA

PPC : 99 DH 00

10006578

2022 12

Ενήλικες  
Παιδιά

- Υπέρτονο<sup>(1)(5)</sup>  
(από 2 ετών +)

- Ευκάλυπτος<sup>(6)</sup>  
(από 6 ετών +)

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

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

Είδος των εκκρίσεων:

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

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

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

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.



laboratoire  
de la Mer

απρούν τις φυσικές ιδιότητες τώματα και τα συμπτώματα

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.

Preservative-free, PHYSIOMER products do not impair the functioning of nasal mucosa.