

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

aladie 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 : 6986

Société : Retrite RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SERBOUTI ABDELKader

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tranche 18 F au 23 N 14 Secteur II
ATTACHAROUK - caso.

Tél. : 0666181414

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

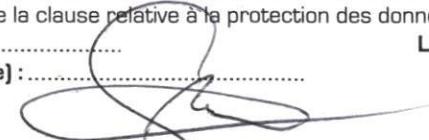
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Fatima SAHNOOUN El-Zarza Hospital Walaa Im. 11 21/05/2020 - IAE: 0920	21/5/21	60.440

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Évaluation, remèdes, adjonction

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية سحنون

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

N° 100054

Casablanca le, : 21/9/21 Mr. : SEBBOUÏ Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Asprin	12,00	
01	Dol. Cr. n. p	20,00	
01	Popem	23,40	60,40
<p>colle facture à la somme de 60,40 DA</p>			

الجرعة هي قرص فوار واحد لكل مرة، يتم التجديد إذا لزم الأمر بعد 6 ساعات، دون تناول 4 أقراص فوار في اليوم.
واحد لكل مرة، يتم التجديد إذا لزم الأمر بعد 4 ساعات، دون تناول 4 أقراص فوار في اليوم.
في حالة الشك.

الكافل للقرص الفوار في كوب كبير من الماء.

الحمى: الاستعمال المنتظم يمكن من تجنب ارتجاجات الألم أو

الكون الاستعمالات متباينة بـ 4 ساعات على الأقل.

عند الأطفال الذين يزيدون عن 30 كلغ (حوالى 9 سنوات)، يجب أن تكون الاستعمالات متباينة بشكل منتظم، بما في ذلك في الليل، من الأفضل بـ 6 ساعات على الأقل بـ 4 ساعات (اتباع الجرعة الموصى بها).

مدة العلاج

مدة العلاج محدونة:

5 أيام في حالة الآلام،

3 أيام في حالة الحمى.

إذا استمرت الآلام لأكثر من 5 أيام أو الحمى لأكثر من 3 أيام أو إذا تفاقمت، لا تستمر في العلاج واستشر طبيبك (انظر فقرة "احتياطات الاستعمال").

الأعراض والتعليمات في حالة تناول جرعة زائدة

إذا استعملت أسيرو® 500 فوار، أقراص فوارية أكثر مما يجب عليك: قد يحدث خالل فورة العلاج مطين بالاذن، شعور بانخفاض السمع، صداع، دوار، يوحى هذا عادة بجرعة زائدة من الأسيرين.

يجب عليك إيقاف العلاج وابحث طبيبك.

استشر طبيبك على الفور في حالة تسمم عرضي (أكثر خاصية عند الأطفال الصغار). التعليمات في حالة تسمم جرعة واحدة أو أكثر

إذا استعملت أسيرو® 500 فوار، أقراص فوار:

لا تقم بتناول (أو لا تعطى) أسيتون (أو نسيت إعطائها) الطفل.

خطير ملائمزة الطعام

دون شيء.

3. ما هي التأثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة؟

فيما، صفت التأثيرات الغير مرغوب

لا يجب عليك أو على ملفك تناول أدوية أخرى تحتوي على الأسيرين وأدوية

الدائم.

PPUJ: 17.000 MH
CBO1460
EXP: 04/2023

أسيرو® 500 فوار، أقراص فوارة على من 4 و من 20
حمض الأسيتيك ساليسيليك.

المرجو قراءة هذه النشرة فارة مثالية قبلأخذ هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك لعلاجك.
يمكن استعمال هذا الدواء في التطبيب الذاتي، أي استعمال بدون استشارة أو وصفة طبية.
أغير طبيبك أو الصيدلي إذا استمرت أو تفاقمت الأعراض، أو إذا ظهرت أعراض جديدة.
تهدف هذه النشرة إلى مساعدتك في استعمال هذا الدواء بشكل جيد. احتفظ بها لأنك قد تحتاج إلى إعادة قرأتها.
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول الأطفال.

على ماذا تحتوي هذه النشرة؟

1. ما هو أسيرو® 500 فوار، أقراص فوارة و Maher الحالات التي يستعمل فيها؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل البدء بالاستعمال أسيرو® 500 فوار، أقراص فوار؟
3. كيف يتم استعمال أسيرو® 500 فوار، أقراص فوار؟
4. ماهي التأثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة؟
5. كيف يحفظ أسيرو® 500 فوار، أقراص فوار؟
6. معلومات إضافية

1. ما هو أسيرو® 500 فوار، أقراص فوارة و Maher الحالات التي يستعمل فيها؟
الصنف الصيدلاني
هذا الدواء مخفف (يهدي الألم) و مائع للحمى (يقلل من الحمى).
دواعي الاستعمال العلاجية
يحتوي هذا الدواء على الأسيرين.

يوصف هذا الدواء في حالة الآلام وألم الصداع، الالتفوار، ألم الأسنان، ألم العضلات.
يخص هذا التقييم البالغين فقط والأطفال فوق 30 كلغ (حوالى 9 إلى 15 سنة). إقرا

جيا الفقرة 3 "الجرعة".
2. ماهي المعلومات التي يجب معرفتها قبل البدء بالاستعمال أسيرو® 500 فوار، أقراص فوار؟
فترة المعلومات اللازمة قبل تناول الدواء

استشر طبيبك قبل تناول هذا الدواء إذا أخرتك بعدم تحملك لبعض السمك يات.



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourrez en faire référence à l'avenir.
- Si vous avez toute autre question, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour des symptômes identiques, cela peut arriver.
- Si l'un des effets indésirables décrits dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien.

Composition du médicament

• Composition qualitative et quantitative :

Paracétamol

Acide Ascorbique (Vitamine C)

Maléate de Phéniramine

• Composition qualitative en grammes :

Mannitol, acide citrique anhydride

Composition de l'arôme : Subst. E414, Acide Ascorbique E300

• Excipients à effet notoire :

Aspartame, Rouge Cochenille

Classe pharmaco-thérapeutique

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet

MÉDICAMENTS DU RHUME ET DU GRIFFE

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet

• Une action antihistaminique qui aide à soulager les symptômes

aux phénomènes spasmodiques

• Une action antalgique antipyétique

• Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,

- Des éternuements,

- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réservez à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,

- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,

- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),

- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,

- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,

- En cas de phényletacetonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

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

Effets indésirables

Granulés pour solution buvable en sachet

ce médicament.

à votre

cas de

s celle

0 mg

0 mg

0 mg

ges,

ibique

TRES

ose

PPV:20DH00

PER:10/23

LOT:J2806

LOPERIUM®

Lopéramide

PPV: 23DH40

PER: 07/23

LOT: J2049

PRESENTATION

LOPERIUM : gélule blanche ; boîte de 20

COMPOSITION

	Par gélule	
Lopéramide (DCI) Chlorhydrate	2 mg	40 mg



INDICATIONS

C'est un antidiarrhéique qui agit en ralentissant le transit intestinal et en réduisant les sécrétions intestinales.

Il est utilisé dans le traitement symptomatique des diarrhées.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- *crise aiguë de rectocolite hémorragique,*
- *enfant de moins de 8 ans.*

ATTENTION

Des précautions sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique.

Ce médicament n'est pas adapté au traitement des diarrhées dues à certains antibiotiques.

Une diarrhée qui s'accompagne de torpeur, de soif, de fièvre ou de sang dans les selles nécessite rapidement un avis médical. Le traitement doit être arrêté dès que les selles recommencent à être formées. L'usage trop prolongé du médicament expose à un risque de constipation important.

Si vous devez conduire, ou utiliser une machine dangereuse, assurez-vous préalablement que ce médicament n'altère pas votre vigilance.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les études actuellement disponibles n'ont pas mis en évidence de problème particulier lors de l'utilisation ponctuelle de ce médicament chez la femme enceinte.

