

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

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.

MUPRAS : 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- 081968

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATIMA EZZERDI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 876 6826 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2022

Nom et prénom du malade : EZZERDI Fatima Age : 57 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polype Naso Sinusien

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 : 02/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-81968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10079

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1516 DH

Date de dépôt : 02/02/2022

Autorisation CNOP N° : A-A215 / 2019

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
25.01.22	C	T.D.M.	200 DH	Dr. Abdellahakim BOUABID Spécialiste O.R.L Chirurgie Cervico Faciale Tél : 05 22 32 64 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ATTAFI Immeuble Attafi - 103 Bd Attafi - Casablanca - Tél : 0522 32 43 94	25/01/22	156,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR	31.01.22	T.D.M. B.P. on Demand	70,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

96918

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
H	25533412 00000000			
D	00000000 35533411			
B	21433552 11433553			
G	00000000			
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'				

**Docteur
BOUABID Abdelhakim**



**Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité**

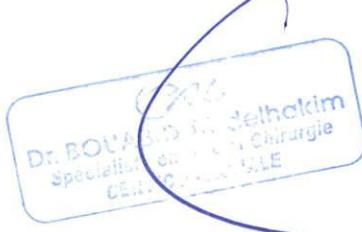
**الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم**

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن
و الحنجرة و الوجه و العنق
اختبارات الدوخة و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و المجهر

INPE : 061126140

Berrechid le : 25/11/2022
Ezz-eddine fathels

120,00
+ cloval -
36,40
156,40
Reprend
2500
100
341j (le matin) 05



9 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid ☎ 0522 32 64 60
ICE: 001866801000095 - IF : 14445762

9 332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - برشيد

Kopred®

Prednisolone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez 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 pharmacien.

PRÉSENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescents.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescents.

COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium). KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).

Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTÉMIQUE.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre indiqué dans les situations suivantes :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

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

MISE EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Mise en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents 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 un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) est à éviter.

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

éviter 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 tendinuse

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendinuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. À prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 32 mg de sodium.

Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Ce médicament DOIT ÊTRE EVITÉ en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour).

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.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET 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 car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

Allaitemt

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Ce médicament contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

KOPRED 5 mg et 20 mg, comprimé effervescent, contiennent du lactose et du sodium.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DE TRAITEMENT

Posologie

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MéDECIN.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent :

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode d'administration

Voie orale.

En génér

une pri

Durée

Elle es

En cas

trai

médi

SUR

San

INS

PL

Po

ré

di

Ri

Sa

Ef

gi

i

عن طريق فوار

قرصاً فوار

20

LOT : 3780

UT. AV : 09-24

P.P.V : 36 DH 40

roubles ue tra

sommeil.

• Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.

• Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.

• Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

• Autres effets beaucoup plus rares, ont été observés:

• Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.

• Retard de croissance chez l'enfant.

• Troubles des règles.

• Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluorourquinoles (antibiotiques).

• Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.

• Fragilisation de la peau, état de cicatrisation, acne.

• Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement.

• Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

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

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité. Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.

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

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste I

PEREMPTION

Ne pas utiliser KOPRED comprimé effervescent après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Aout 2016

PHARMAX 5

Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Aphrodites - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

CLARIL®
comprimé pelliculé
Clarithromycine 250 mg - 500 mg

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

Comprimé dosé à 250 mg de clarithromycine – Boîte de 14.

Comprimé dosé à 500 mg de clarithromycine – Boîte de 14.

COMPOSITIONS : CLARIL 250 mg

Clarithromycine 250 mg

Excipients q.s.p : 1 comprimé

Pelliculage : opadry, colorant jaune de quinoléine.

PROPRIÉTÉS :

Antibiotique de la famille des macrolides.

INDICATIONS :

Traitements des infections dues aux germes définis comme sensibles da

- Sinusites aiguës.

- Exacerbations des bronchites chroniques.

- Pneumopathies communautaires non sévères.

- Traitement curatif des infections à Mycobacterium avium chez les pa

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique.

- Surinfections des bronchites aiguës.

- Infections cutanées bénignes.

- Infections stomatologiques.

- En association à un autre antibiotique et à un antisécrétoire, éradication de Hélicobacter pylori en cas de maladie gastroduodénale.

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Hypersensibilité à la clarithromycine ou à l'un des composants.

- Allergie aux macrolides.

- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride, mizolastine, pimozide, bérpidil.

Relatives :

- Bromocriptine, cabergoline et pergolide, tacrolimus, ebastine, tolterodine, halofantrine.

- Grossesse et allaitement.

POSÉOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

- Angines : 500 mg/j, en 2 prises pendant 5 jours.

- Infections stomatologiques et cutanées : 500 mg/j en 2 prises.

- Infections bronchiques : 500 mg à 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.

- Sinusites aiguës, pneumopathies, bronchiques chroniques : 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.

- Éradication de Helicobacter pylori : 500 mg soit 1 comprimé associé à 1 g d'amoxicilline et 20 mg d'oméprazole matin et soir pendant 7 jours. La trithérapie sera suivie d'un traitement antisécrétoire d'une durée de 3 à 5 semaines.

- Respecter la prescription médicale.

- Avaler les comprimés avec un verre d'eau de préférence au cours des repas.

ADAPTATION DE LA POSÉOLOGIE :

- Chez les insuffisants rénaux (clairance de créatinine < 30 ml/min) réduire la poséologie de moitié.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

- Tenir compte de la possibilité de survenue de colites pseudomembraneuses.

- Associer obligatoirement la clarithromycine à d'autres antibiotiques dans le traitement des infections VIH (+).

- Ne pas associer la clarithromycine à d'autres médicaments oto-toxiques, et en particulier les aminosides.

Précautions d'emploi :

- En cas de survenue d'accouphènes ou de baisse de l'acuité auditive, un audiogramme devra être réalisé en plus d'une modification poséologique.

- Insuffisance hépatique sévère.

- Insuffisance rénale sévère.

- Prendre en compte la possibilité de résistance croisée entre la clarithromycine et les autres macrolides, et d'autres antibiotiques tels que : la lincomycine et la clindamycine.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

CLARIL® est un médicament, ne pas laisser à la portée des enfants.

SURDOSSAGE :

En cas de surdosage, un lavage gastrique et un traitement symptomatique s'imposent.

EFFETS INDÉSIRABLES :

- Manifestations digestives : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhée.

- Candidose buccale, glossite, stomatite.

- Manifestations cutanées allergiques.

- Hépatite cholestastique due à une augmentation transitoire des transaminases ASAT-ALAT.

- Des cas d'accouphènes et d'hypoacusie dus à une poséologie > à 1 g/j sur des périodes de traitement prolongées, réversibles à l'arrêt du traitement.

- Rares cas de dysgueusies.

- Colorations dentaires réversibles avec des soins dentaires.

Tout autre effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice devra être signalé systématiquement à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

CLARIL® est déconseillé pendant la grossesse sauf nécessité absolue.

Interrompre l'allaitement en cas de survenue de troubles digestifs chez le nouveau-né allaité.

En cas de prise de cisapride par le nouveau-né allaité, la clarithromycine est formellement interdite.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

Associations contre-indiquées : Alcaloïdes de l'ergot de seigle vasoconstricteurs, Cisapride, Pimozide, Bépridil, Mizolastine.

Associations déconseillées : Agonistes dopaminergiques, Ebastine, Tacrolimus, Tolterodine, Halofantrine.

Associations nécessitant des précautions d'emploi : Anticoagulants oraux, Ciclosporine, Digoxine, Midazolam, Triazolam, Rifabutine, Atorvastatine, Cérvastatine, Simvastatine, Carbamazépine, Antiprotozoaires (Indinavir, ritonavir), Disopyramide.

Associations à prendre en compte : Théophylline (base et sels) et Aminophylline.

CONDITIONS DE CONSERVATION : A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

LISTE I - Délivré uniquement sur ordonnance.

- Comprimé à 250 mg Boîte de 14 : AMM N : 100/14 DMP/21/NCF

- Comprimé à 500 mg Boîte de 14 : AMM N : 101/14 DMP/21/NCF

Date de révision de la notice : Avril 2012





مصحة ابن زهر
CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid le : 31/01/2022

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0	6	0	0	6	2	7	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

FACTURE N°

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

170 / R / 2022

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom EZZABDI FATIHA

N° CIN W222678

Assuré(e)

Conjoint

Enfant

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
SCANNER - BLONDEAU TDM	1	800,00		800,00
TOTAL				800,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

HUIT CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

1/1