

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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.

## 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

La 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.

Maladie **L.D.**

Dentaire

Optique

Autres

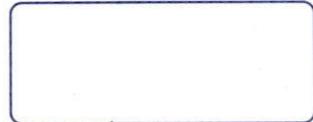
### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	0836	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND
Nom & Prénom :		TAMALESSINE MOHAMED	
Date de naissance :		01.01.1943	
Adresse :		49- RUE MY ZORSSI EL AZMAR - BERRECHID.	
Tél. :		06.41.44.46.65	Total des frais engagés : 543,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



A.L.D.

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 : BERRECHID

Le : 24/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Jaouad Beldjedid

### 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
Pharmacie 2000 Docteur Kadri L. Zineb 22 av Monammed V - BERRECHID Téléphone 022.53.36.05	24.01.22	543.00

### 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	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20220124-683

Date de vente : 24/01/2022  
Médecin traitant :

MR JAMALEDINE MOHAMED

BERRECHID, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
FLOWAIR CO 10MG B30 COMP	1	210,00	Exonéré (0.00%)	210,00
KALEST CO 20MG B14 GELULES	1	42,00	TVA (7.00%)	42,00
FOSTER AE B120 DOSES	1	291,00	Exonéré (0.00%)	291,00

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé  
Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem  
PPV : 291DH00

Total HT	540,25 DHS
TVA	2,75 DHS
<b>Total</b>	<b>543,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent quarante-trois DHS

Pharmacie 2000  
Docteur Lalla L. Zineb  
22 bd mohammed V, BERRECHID  
Téléphone : 05 22 53 36 05

**KALEST 20 mg**

[DCI : Oméprazole]

## Gélules gastro-résistantes en boîtes de 7,14

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de médicament car elle contient des informations importantes pour vous.  
Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourra leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

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 à votre pharmacien.

### 1. QU'EST-CE QUE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ET DANS QUÉLLES CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - Code ATC : A02BC01.

#### Indications thérapeutiques

KALEST 20 mg 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.

KALEST 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

#### Adultes

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) dans la maladie ulcèreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison

#### Enfants à partir d'un an et ≥ à 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des réurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

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

- Association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *H.pylori*.

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ?

#### Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

#### Ne prenez jamais KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante :

- Si vous êtes allergique à l'Oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament;
- Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabéprazole, Esméprazole);

• Si vous prenez un médicament contenant du Nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH) ;

#### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou votre infirmier/ère avant de prendre KALEST.

KALEST peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commençiez à prendre KALEST ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

- Si vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.
- Si vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.

• Si vous vomissez de la nourriture ou du sang.

• Si vous avez des selles noires (teintées de sang).

LOT 201582

EXP 05/2023

PPV 42.00DH

te, car l'Oméprazole a été  
échueuses.

utane après un traitement  
tardif de l'estomac,  
chromogranine A).  
tre à un an), votre  
re. Vous devez définir  
ou exceptionnels

quand vous voyez votre médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que KALEST , en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, en particulier dans les zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que vous le pouvez, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec KALEST. Rappelez-vous de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations. L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucre/isomaltase (maladies héréditaires rares). Ce médicament contient « du méthyl parabène et du propyl parabène » et peut provoquer des réactions allergiques

#### Enfants et adolescents

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé. Ne donnez pas ce médicament aux enfants de moins de 1 an ou <10 kg.

#### Autres médicaments et KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avec récemment pris ou pourrez prendre tout autre médicament. Cela concerne également les médicaments que vous achetez sans ordonnance.

KALEST peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur KALEST .

Vous ne devez pas prendre KALEST, si vous prenez un médicament contenant du Nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

- Kétoconazole, Itraconazole, Posaconazole ou Voriconazole;
- Digoxine ; Diazépam ; Atazanavir ; Rifampicine ; Tacrolimus ; Ciclosporine ; Saquinavir ; Millepertuis (*Hypericum perforatum*) ; Clidoprodol ; Erlotinib
- Phényletoïne ; si vous prenez de la phényletoïne, une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration de KALEST ;
- Médicaments anticoagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres anti vitamines K ; une surveillance par votre médecin serait nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration de KALEST ;
- Méthotrexate – si vous prenez une forte dose de méthotrexate, votre médecin peut temporairement arrêter votre traitement par KALEST .

Si votre médecin vous a prescrit les antibiotiques suivants : Amoxicilline et Clarithromycine avec KALEST pour le traitement d'un ulcère à *Helicobacter pylori*, il est important que vous informez votre médecin de tous les autres médicaments que vous prenez.

#### KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante avec des aliments et boissons

Voir rubrique 3.

#### Grossesse, allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'oméprazole est excrété dans le lait maternel mais il est peu probable qu'il y ait une influence sur l'enfant lorsqu'il est utilisé à doses thérapeutiques. Votre médecin vous dira si vous pouvez prendre KALEST pendant l'allaitement.

#### Conduite de véhicules et utilisation de machines

KALEST n'est pas susceptible d'entrainer des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Des effets secondaires tels qu'un étourdissement et des troubles visuels peuvent se produire. Si c'est le cas, vous ne devez pas conduire des véhicules ou utiliser des machines.

#### 3. COMMENT PRENDRE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en

**Flowair® 10 mg**  
**Comprimés pelliculés**  
**DCI : Montéluksat Sodique**



~~PPV .210,00 DH~~

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Conduite de véhicules et utilisation de machines. Il n'est pas attendu que FLOWAIR® ait un effet sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Cependant, la réponse au médicament peut varier d'une personne à l'autre (vertiges et somnolence), rapportées très rarement avec FLOWAIR®. FLOWAIR® 10 mg, comprimé pelliculé contient de l'aspartam. Si votre enfant est atteint de phénylcétonurie (anomalie héréditaire)

### 3. COMMENT PRENDRE FLOWAIR® ?

Instructions pour un bon usage

Sans objet.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence et durées. Vous ne devez prendre qu'un seul comprimé de FLOWAIR® par jour. Il doit être pris même en l'absence de symptômes ou lors d'un état de tension. Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre pharmacien.

A prendre par voie orale.

Chez l'adulte et l'adolescent âgé de 15 ans et plus : Un comprimé à 10 mg par jour à prendre le soir. FLOWAIR® 10 mg contient de l'aspartam. Si vous prenez FLOWAIR®, veillez à ne pas prendre d'autres médicaments contenant de l'aspartam.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de FLOWAIR® que vous n'auriez dû : Consultez immédiatement votre médecin.

Il n'y a pas d'effets secondaires rapportés dans la majorité des cas. Cependant, certains effets peuvent se produire plus fréquemment chez l'adulte et l'enfant en cas de surdosage comme les maux de tête, vomissements et hyperactivité.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre FLOWAIR® :

Essayez de prendre FLOWAIR® comme votre médecin vous l'a prescrit. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez manquée.

Risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre FLOWAIR® :

FLOWAIR® ne peut traiter votre asthme que si vous poursuivez votre traitement avec FLOWAIR® aussi longtemps que votre médecin l'aura prescrit. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, consultez votre pharmacien.

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 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 à votre pharmacien.

### 1. QU'EST-CE QUE FLOWAIR®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

FLOWAIR® est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes qui bloque l'activité de substances appelées leucotriènes. Les leucotriènes provoquent un rétrécissement et un œdème des voies aériennes dans les poumons. En bloquant les leucotriènes, FLOWAIR® améliore les symptômes de l'asthme et contribue au contrôle de l'asthme. Code ATC : R03DC03.