

RECOMMANDATIONS 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-684904

119706

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11445</u> Société : _____ <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Nom & Prénom : <u>SAMANI HICHAM</u> Date de naissance : _____ Adresse : _____ Tél. : _____ Total des frais engagés : <u>4516,00</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. ROUSSI ABDELFETTAH Pédiatre - Neuropédiatre Allopathe - Homéopathe Rés. AL FIRDAOUS Imm. T16 Appt. 2 Boulevard Administratif - Casablanca Tel. 06 61 17 49 28 / 05 12 89 40 40 </div>			
Date de consultation : <u>13/06/2022</u> . Nom et prénom du malade : <u>SAMANI HICHAM</u> 'Age: _____ <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Lien de parenté : <u>Varicelle</u> 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 : <u>Casablanca</u> Le : <u>13/06/2022</u> Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			



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
13/06/2022			300	INP : 123456789 REQUETE ST ANDREUZ de l'Ordre des Médecins de Casablanca N° 149 28/05/2022
			200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZOLA Mme BENAZOUA Ibtissam N°51 Rue 4 Mazola Hay Hassani - Casablanca Tel : 0522 93 36 89 N°P.C. : 092041888	13/06/2022	216000 DHS

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

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

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طب الأطفال الفردوس

CABINET MÉDICAL PÉDIATRIQUE AL FIRDAOUS

Dr. ROUSSI Abdelfettah

Pédiatre - Homéopathie

Échographie

Allergologie / Asthme

Exploration Échographique

الرَّكْتُورُ عَبْرُ الْفَتَحِ الْرَّوِيِّ

طبيب الأطفال والرضع

الطب المثالي

تشخيص و تتبع الربو والحساسية

الفحص بالصدى "الإيكوغرافيا"

NOM : SAMANI JIHANE

DATE : 13/06/2022

AGE : ans

P : kg

O° : °

89,10€ - TOILETTE AU SAVON NEUTRE.

39,70€ - FUCIDINE POMMADE 1APP 2X/JX8J.
- BIAFINE CREME 1APP 2X/JX8J.

14,00€ HEXOMEDYNE SPRAY 2X/J X 8J.

27,40€ ZYRTEC SIROP 2X/JX10J.
- ZENTEL PRISE UNIQUE A REFAIRE APRES 15J

45,90€

216 Dhs

PHARMACIE MAZOLA
Mme BENAZZOUZ Ibtissam
N°51 Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 93 36 89

Dr. ROUSSI ABDELFETTAH
Pédiatre - Neuropédiatre
Allopathie - Homéopathie
Rés. AL FIRDAOUS Imm. T16 App. 100
Boulevard Administratif - Casablanca
Tél : 06 61 17 49 28 / 05 22 89

Hexomédine®
Solutions

Barcode
6 118000 180395

اكزوميدين®
محلول
14,100

NB : le RDV de contrôle ne dépasse pas.....

Préfecture Hay Hassani : Imm. T016 Résidence Al Firdaous
Bd. Nakib Med Taib Naciri (près de tribunal justice de la famille)
Tél.: 0522 89 40 40 - Gsm : 06 61 17 49 28 • E-mail : a.roussi@al-firDAOUS.com
Taxe Professionnelle : 36036213

قارورة 45 مل

ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon

Dichlorhydrate de 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 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.

Dans cette notice :

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

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active de ZYRTEC.

ZYRTEC est un médicament antihistaminique utilisé dans le traitement de l'allergie.

ZYRTEC solution buvable en gouttes et Zyrtec solution buvable en flacon sont indiqués chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans :

ZYRTEC comprimé est indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans :

- Pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.
- Pour le traitement des symptômes de l'urticaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?

Ne prenez jamais ZYRTEC

- 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 (voir rubrique 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES), à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives apparentées contenues dans d'autres médicaments).

Faites attention avec ZYRTEC

Si vous avez une insuffisance rénale, demandez conseil à votre médecin ; si nécessaire, vous devrez prendre déterminer par votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des risques de convulsions, demandez conseil à votre médecin.

Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre la cétirizine utilisée aux doses recommandées et l'alcool (jusqu'à 1 mille (g/l) correspondant à un verre de vin).

Toutefois, aucune donnée n'est disponible lors de la prise de doses plus importantes de cétirizine et d'alcool. Par conséquent, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec ZYRTEC.

Si vous devez subir des tests pour le diagnostic de l'allergie (test cutané par exemple), il convient d'arrêter de prendre ZYRTEC car il peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ce qu'il convient de faire avant la réalisation de ces tests.

Prise d'autres médicaments

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez pris récemment ou pourriez prendre tout autre médicament.

Aliments et boissons

L'absorption de la cétirizine contenue dans ZYRTEC n'est pas modifiée par la prise concomitante d'aliments.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous



6 118000 020172



Fucidine® 2% pommade

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer tort; même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

◆ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

DENOMINATION

FUCIDINE® 2%, pommade

COMPOSITION QUALITATIVE / QUANTITATIVE

COMPOSITION	Centesimal	Par tube de 15 g
Fusidate de sodium	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Excipients : alcool cétylique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.

FORME PHARMACEUTIQUE

Pommade, Tube de 15 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines

(D : Dermatologie).

◆ DANS QUELS(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique

Ce médicament est préconisé dans les infections cutanées dues à des germes staphylocoques et streptocoques.

◆ ATTENTION !

DANS QUELS(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants

*allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,

*infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LASER À LA PORTEE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

*Le pommade ne doit pas être appliquée sur l'œil.

*Ne pas utiliser la pommade sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.

*Ne pas utiliser la pommade sur les lésions suintantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE CONSULTER VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION

Lanoline.

◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSÉLOGIE

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Eviter l'application en couche épaisse.

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

DURÉE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

◆ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINS PERSONNES, ENTRAÎNER DES

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczème allergique avec parfois des lésions éloignées. Il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité de réactions allergiques est possible. Signalez à VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT OÙ

◆ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITÉE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE 1

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DÉLIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué sous licence par POLYMÉDIC

Rue Aramyt d'Invile, Quartier Arsalaone- Maroc

Dr M. HOUBACH : Pharmacien Responsable

Fucidine® 2% pommade

ECIN OU DE

Tube de 15 g



6 118000 120575

Fucidine® 2%
pommade tube de 15 g

re exclue,

39,30

SEDASTERIL +

CREME LAVANTE ANTI-BACTÉRIEN*

COMPOSITION :

Aqua, Sodium Chloride, Cocamide Dea, Cocamidopropyl bétaine, Lauryl betaine, Peg-7 Glyceryl Cocoate, Glycerin, Chlorphenesin, Salicylic Acid, Sodium Benzoate, Parfum, Magnesium Salts (Chloride And Nitrate), Sodium Hydroxide, Methylchloroisothiazolinone, Methylisothiazolinone.

CONSEILS D'UTILISATION :

- Hygiène des peaux fragiles ou sèches de l'enfant à partir de 3 ans et de l'adulte (convient aux femmes enceintes ou allaitantes).
- Toilette intime quotidienne.
- Hygiène anale quotidienne.
- Nettoyage quotidien du visage et du corps.

* Contient un agent anti-bactérien, efficacité testée en laboratoire sur Pseudomonas aeruginosa, staphylococcus aureus et Escherichia coli.

MODE D'EMPLOI :

Utiliser quotidiennement la crème lavante sur le visage et le corps. En usage externe, une à deux fois par jour. Utiliser sur la peau et les muqueuses préalablement mouillées, faire mousser, puis rincer à l'eau. Éviter tout contact avec les yeux. En cas de contact, rincer abondamment.

PRESENTATION :

- Flacon de 125 ml
- Flacon de 250 ml

LABORATOIRES JUVA
8, Rue CHRISTOPHE COLOMB
FRANCE



Avant que vous/votre enfant preniez ZENTEL 0,4 g/10 ml, suspension buvable.

Avant que vous/votre enfant preniez ZENTEL 0,4 g/10 ml, suspension buvable, votre médecin doit savoir :

- Si votre enfant est âgé de moins de 6 ans
- Si vous/votre enfant avez une maladie hépatique
- Si vous/votre enfant avez une maladie rénale
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants (voir la rubrique « Grossesse et allaitement »)
- Si vous êtes un homme et si votre partenaire féminine est en âge d'avoir des enfants (voir la rubrique « Grossesse et allaitement »)
- Votre médecin vous renseignera sur toutes les mesures relatives à une contraception efficace et sur les risques potentiels d'une grossesse

En cas de contact avec la peau et/ou les yeux, rincer immédiatement les zones contaminées car ZENTEL 0,4 g/10 ml, suspension buvable contient de l'albendazole qui peut irriter la peau et les yeux.

Convulsions et autres symptômes :

Les personnes traitées pour une infection parasitaire doivent savoir, une infection rare et grave du cerveau appartenant à la trichinellose, incluent des convulsions (voir rubrique 4).

Tests sanguins et ZENTEL 0,4 g/10 ml, suspension buvable

En raison de la possibilité de survenue d'anomalie bilan hépatique (du foie) lors de traitement par albendazole, une surveillance régulière est nécessaire. Comme tel est le cas lors du traitement de la trichinellose (parasitose à Trichinella spiralis), un bilan sanguin est nécessaire régulièrement avant et durant le traitement. Ce bilan sanguin devra être étroitement surveillé notamment si vous présentez une maladie hépatique préexistante ou si vous avez déjà présenté une anomalie hépatique sous albendazole (voir rubrique 4).

Pour favoriser son efficacité dans le traitement des infestations à trichine, le traitement doit être débuté le plus tôt possible au début de l'infestation.

En cas de doute ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

