

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-684904

119706

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11445 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMANI HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés 516,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ROUSSEAU ABDELFTIAN
Pédiatre - Néropédiatre
Ailopathe - Homéopathe
Rés. AL FIRDAOUS Imm. T16 Appt. 2
Boulevard Administratif - Casablanca
Tél. 06 61 17 49 28 / 05 22 89 40 40

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2022

Nom et prénom du malade : SAMANI SAMANI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Varicelle

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 Le : 13/06/2022

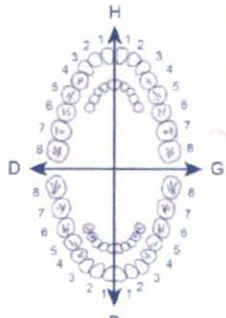
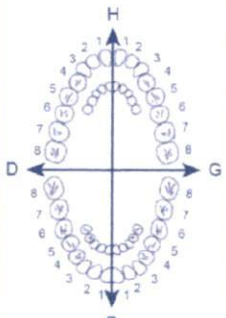
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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			300	INP : 0511749
2022			216	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZOLA Mme BENAZOUZ Inissam N°51 Rue 4 Mazola Hay Hassani - Casablanca Tel : 0522 93 36 89 INDE: 092041888	13/06/2022	21600

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(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										

عيادة طب الأطفال الفردوس
CABINET MÉDICAL PÉDIATRIQUE AL FIRDAOUS

Dr. ROUISSI Abdelfettah

Pédiatre - Homéopathie
Échographie
Allergologie / Asthme
Exploration Échographique

الدكتور عبد الفتاح الرويسي

طبيب الأطفال والرضع
الطب المثلي

تشخيص وتتبع الربو والحساسية
الفحص بالصدى "الإيكوغرافيا"

NOM : SAMANI JIHANE

DATE : 13/06/2022

AGE : ans

P : kg

O° : °

- 83100 - TOILETTE AU SAVON NEUTRE.
3970 - FUCIDINE POMMADE 1APP 2X/JX8J.
- BIAFINE CREME 1APP 2X/JX8J.
1400 - HEXOMEDYNE SPRAY 2X/J X 8J.
2740 - ZYRTEC SIROP 2X/JX10J.
4590 - ZENTEL PRISE UNIQUE A REFAIRE APRES 15J



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

Dr. ROUISSI ABDELFTTA
Pédiatre - Neuropédiatre
Allopathe - Homéopathe
Rés. AL FIRDAOUS Imm. T16 A
Boulevard Administratif - Casablanca
Tél : 06 61 17 49 28 / 05 22 89



إكزوميدين
محلول

14100

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.rouissi@orange.ma
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

Veillez 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 UTILISE ?
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 UTILISE ?

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 ZYRTEC à une dose déterminée 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 100 ml (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 avant la réalisation car il peut en modifier les résultats. Demandez à votre médecin ce qu'il convient de faire avant la réalisation.

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 envisagez une grossesse ou que vous envisagez d'allaiter, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.



Fucidine® 2% pommade



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin 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	Contenance	Par tube de 15 g
Fusidate de sodium Excipients q.s.p.	2 g 100 g	300 mg 15 g

Excipients : alcool cétyle, 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 QUEL(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 QUEL(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 LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

• La 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

VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION

Lanoline.

♦ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSOLOGIE

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

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Éviter 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

Limitier 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 eczéma allergique avec parfois des lésions érythémateuses

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

SIGNALER À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT

♦ CONSERVATION

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

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

♦ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE I

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 RÉUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué sous licence par **POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

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



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 un principe actif qui peut irriter la peau et les yeux.

Convulsions et autres symptômes :

Les personnes traitées pour une infection parasitaire, le savoir, une infection rare et grave du cerveau appartiennent à la famille des trichinelloses (voir rubrique 4).

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

En raison de la possibilité de survenue d'anomalie bilan hépatique (du foie) lors de traitement par albendazole, 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.

