

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3816	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	123276
Nom & Prénom :		ABDOLEMZID TAYAB	
Date de naissance :		04-08-1953	
Adresse :		Derb el Foukara Rue 5 ^e N°104	
Code postal :		Casablanca	
Tél. :		066 136 1373	Total des frais engagés : 327,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Marouane BENCHERKOUN
Médecine Générale - Echographie
76, Bd. El Fida 1er Flg. Derb Fokara
Tel: 05 22 28 30 93 - Casablanca

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	19/07/2022	Age :	
Nom et prénom du malade :		AHMED Aïcha	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		Dorsalgia - Toux	
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 : 20/07/2022

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
19/07/2022	1	150	Dr. Marouane BEN HERROUNI Médecin Général Echographie 76 Bd. El Fida 1er Flg. Derb Fokara Tel: 0522 28 30 93 - Casablanca	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE PITCHOU Derb Foukaa Rue 10 Casablanca Tel: 0522 28 71 22	19/07/2022	177.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		G
D		B
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 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

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Dakar
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بدمشق
حاصل على شهادة الفحص بالصدى

M^m AHMAD Aicha.

Casablanca, le 18-07-2022.

41,70 1 - Chloramphenicol Syrup

1 بtl x 15 ml

37,00 2 - Oral Forte

1 btl x 2 h

30,00 3 - Urtid 20 mg

1 btl x 15 ml

69,00 C - Dohivit Syrup

1 btl x 8

177,70

صيدلية بيتشو
PHARMACIE PITCHOU
Derb Foukaa Rue 10
Casablanca Tél : 0522 28 72 11
ICE : 002942565000050

*Dr Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale - Echographie
76, Bd EL FIDA 1^{er} Etage - Derb FOKARA
Tél : 0522 28 39 93 - Casablanca*

أوديس® 20 مل

حبوبات صامدة للعصارة المعديّة في
(أوميپرازول)

LOT 210385
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

- أو طفل مصوّبة في بيع البرشامات:
واما مباشرة مع سفط كأس من الماء أو
في أو عصير واوكه يحتوي على كمّية
بروتين أو النفاخ أو الأناناس)، أو حبس
لشربها (لا يكون الخليط مجاشساً)
لضمان 30 دقيقة.
- * لا تناول من تقدّر الدواع كاملاً أسلطف قاع الكأس بالماء واشربه.
ولا يجب مضغ القلطع الصالحة أو قضمها لأنها تحتوي على الدواء.
6. مواعيد الاستعمال:
لا ي Recommendedتناول أوديس® 20 مل:
- إذا كانت حساسية لأوميپرازول أو لأي مكونات أخرى يحتوي عليها أوديس® 20 مل.
 - إذا كانت لديك حساسية لأنماط مرضية أخرى من ميلطات مضخة البروتون (مثل بالنتروزول لاستسوزارول، الزايمبرازول إيسومپرازول).
 - إذا كنت تأخذ دواء يحتوي على تيلفيغافير (الذى يستخدم في حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب) فإنك قد تختلف إلى التوقف عن تناول شوكول، استفسر طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أوديس® 20 مل.
- 7. الأعراض الجانبية:**
كمثل الآثار الجانبية من أتميل من ذلك كثرة جمع الأنسجة.
فيها رقم أن ذلك لا ينبع من المرض.
إذا احتجت هذه الآثار غير المرغوب فيها التدارك ولكن المخطورة:
* خُول ملمسه الطبيجي إلى صفين (ارتفاع التشنج واللسان والحلق أو المenses، أو ملمس فخذل أو فقدان الوعي أو معيوبات في البصر (اغلاقات حساسية خطيرة).
* انحراف الم干线 مع فهم أو قدرته على تحمل المجهد. في الحالات الأخرى يمكن أن تكون الرؤيا كثيرة وأحياناً متزوفة في الشفرين والعندين والأنف والأذن والأعضاء التناسلية. وقد يدل ذلك على وجود متلازمة ستيغز جوسون أو احتلال البشرة بأعراض مرض الكبد.
* قد تكون المعدة والقولون والجهاز الهضمي متضرر في الشفرين والعندين والأنف والأذن والأعضاء التناسلية. وقد يدل ذلك على وجود آثار أخرى غير ملمسه غير مرغوب فيها.
- 8. التخدير:**
شخص واحد من أصل (10):
* ثباتات على المعدة أو الأمعاء كالإسهال، وألم المعدة والإمساك.
* انتفاخ البطن.
* انتفاخ البطن.
* انتفاخ البطن.
* انتفاخ البطن.
- 9. الآثار الجانبية:**
الأدواء المميتة في العدة.
الآثار الجانبية قليلة التردد (يمكن أن تظهر في حدود شخص واحد من أصل 100):
* تهيج القلب والمخ.
* مشاكل النوم (الآرق).
* وحدة تعلم، ارتخاء وبهبة في النوم.
* تقيّد في تناول اختياريات الدم التي تضيّط طريقة اشتغال الكبد.
* تقطّع جلدي، ودوران الجلد والكلمة.
* شفور بالصفع العام ونقص المقوية والنشاط.
- 10. آثار غير مرغوب فيها نادرة (يمكن أن تظهر في حدود شخص واحد من أصل 1000):**
* اضطرابات الدم مثل ارتفاع عدد خلايا الدم البيضاء أو الصفات المميتة. يمكن أن تسبب هذه الآثار ضعف في النعمة، كهدمات أو تسهيل حموضة الدم.
* المساسية. وقد تكون أحياناً شديدة جداً بما في ذلك ارتفاع الشفرين واللسان والحلق والمenses، والصفير.
* اضطرابات مستويات الصوديوم في الدم. وقد يؤدي ذلك إلى ارتفاع عام وتقلّب وتشنجات.
- 11. تعريف الدواء:**
الشكل الصيدلي: كبسولة لعصارة المعديّة.
أوديس® 20 مل: حبوبات صامدة للعصارة المعديّة في برشامات.
على قلة 5.6.28.14.7.56. مركبات الدواء:
- 1. المادة الفعالة:**
أوميپرازول: 20 مل.
الشكل الصيدلي: كبسولة لمريضة واحدة
سواءً على ثعبان أو ملمس: المسكسور.
- 2. المركبات الصيدلي: العلاج:**
يحتوي كل الدواء على مادة علاجية تسمى أوميپرازول كبسولة مضخة البروتون، وهي يخدم كمكح المعدة.
ويتضمن كل الدواء ملمساً إضافياً تسمى كبسولات أوميپرازول مخصصة للعصارة المعديّة.
- 3. العلاج:**
الدواء يحتوي على مادة علاجية تسمى أوميپرازول كبسولة مضخة البروتون، وهو يخدم كمكح المعدة.
- 4. استعمالات العلاجية:**
* يستعمل أوديس® 20 مل لعلاج الأمراض الآتية:
** عند الأطفال:
* المجزي المعدي المريض، يساعد حمض المعدة على الزيادة.
* فرحة المجزي الأعلى من المصادر (فرحة إناثشترلية) أو فرحة العدة.
Helicobacter pylori: الفرحة المتغيرة بجرعة تسمى الملوية الوبائية (البايريل).
* العرق، وفقيفة القرفة.
* فرحة المعدة المتغيرة بجرعة تناول مضادات الالتهاب غير السteroidية.
* وقد يستعمل أوديس® 20 مل لعلاج أمراض المعدة من هذه القرفة إذا كنت تتناول هذه المضادات الsteroidية.
* فرحة المجزي المعدة بسبب تضخم البنكرياس (متلازمة زولنر-فريمان).
** عند الأطفل:
الأطفال الذين يتجاوز عمرهم ستة واحدة والذين يكون وزنهم يساوي أو أكثر من 10 كغم.
* المجزي المعدي المريض، يساعد حمض المعدة على الزيادة.
* فرحة المجزي الأعلى من المصادر (فرحة إناثشترلية) أو فرحة العدة.
* قد تشمل الأمراض لدى الأطفال صعود حموضة المعدة إلى القم (القلنس)، والتقيّف، وارتفاع درجة الحرارة.
* الأطفال الذين يبلغون من العمر أكثر من 4 سنوات والراهقين Helicobacter pylori: في هذه الحالة، قد يصف لك طبيبك مضادات حموضة لعلاج العرق، وفقيفة القرفة.
* فرحة المجزي المتغيرة بجرعة تسمى الملوية الوبائية (البايريل).
** الجرعة ونظام تناولها، وعدد مرات تناول الدواء:
حرص دائمًا على تناول هذا الدواء وفقًا للجرعة التي وصفها لك الطبيب الخاص بك أو الصيدلي. استفسر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت غير متأكد.
يمدد حاليك طبيبك مضادات حموضة لعلاج المعدة.
حسب حاليك الصحى وستن.
- 12. المراعات:**
استعمالها عند الكبار:
* إذا كنت تتناول أدوية تستعمل في علاج الكيميائي لعلاج السرطان، فإن أدوية تستعمل بجرعة عالية في العلاج الكيميائي لعلاج السرطان، فإن أدوية تستعمل بجرعة عالية على المقدار الموصى بها.
- 13. التداخلات:**
* إذا كنت تتناول أدوية تستعمل في علاج الماء السلس، فإن أدوية تستعمل في علاج الماء السلس.
- 14. المركبات الموصى بها أدناه:**
* إيتامبرازول: عند الكبار:



Kétoprofène

Suppositoire

sanofi aventis

COMPOSITION

PROFENID® 100 mg, suppositoire

Kétoprofène 100 mg.

Excipients: q.s.p 1 suppositoire.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Suppositoires dosés à 100 mg, boîte de 12.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE : ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX NON STÉROÏDIENS

INDICATIONS

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le Kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,

- certai
- en
- articu
- doulo
- certai, irritations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

41,70

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- antécédent d'allergie au Kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,
- à partir du 6^{ème} mois de la grossesse (cf. Grossesse et allaitement),
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie,
- maladie grave du rein,
- maladie grave du cœur,
- enfants de moins de 15 ans,
- inflammations ou saignements récents du rectum (contre-indication liée à la voie d'administration).

DULASTAN

Comprimé
Boîte de 20
Paracétamol - Thioco

DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés
علبة من 20 قرصاً

37,00

- 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.

COMPOSITION :

Paracétamol.....	500 mg
Thiocolchicoside.....	2 mg
Excipients :	q.s.p..... 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.	

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgie.
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

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

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactose.

L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN. **DULASTAN®** peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.



Sirop
Voie orale

Docivox

Sirop naturel sans conservateur

LOT : 220 182

DLUO : 02/2023

20,000 ml



FORMES ET PRESENTATIONS

Docivox sirop - Flacon 200 ml - Flacon 125 ml

PROPRIETES :

Docivox sirop naturel est à base d'extraits de plantes (le Thym, la Mauve et le Mélèze), d'huile essentielle d'eucalyptus, du miel et de la propolis.

Docivox sirop naturel apaise les voies respiratoires, adoucit la gorge irritée en cas de toux et renforce les défenses naturelles de l'organisme.

Docivox sirop naturel ne contient pas de conservateur.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées - Gorge irritée - Toux - Enrouement.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Adulte : une cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Enfant : une cuillère à café 2 à 4 fois par jour.

Dans tous les cas, se conformer à la prescription de votre médecin ou pharmacien.

Docivox sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants

- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.

- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou de goût qui sont attribuables aux caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne sont pas altérées.

- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.

- Tenir hors de la portée des enfants.

COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait de Propolis; Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (*Thymus vulgaris*); Feuille de Mauve (*Malva sylvestris*); Extrait de Mélèze; Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation du Ministère de la Santé n° : DA 20171612029DMP/20UCAv1



Docivox[®]