

## 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

- 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.

N° W21-725269

125128

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5581	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SENHAJI ABDELLAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 23-12-1967			
Adresse : Roudate lot AL BOUSTANE 1 MM C3 Appt A3 Marrakech			
Tél. : 0642414417 Total des frais engagés : 537,10 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02 AOUT 2022			
Nom et prénom du malade : M. SENHAJI ABDELLAH Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Marrakech Le : 05 AOUT 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
2 AOUT 2022	2	150,00		<b>071117857</b> <b>Dr. Jamal RAHIB</b> Médecine Générale ANATOMO-RADIOGRAPHIE GÉNÉRALE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACH KARDOUD 23, Rue Ben Youssef Ouhma Av Prince El Aoudia - Marrakech 05 24 44 85 55	2/8/22	387,15

## 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
		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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Jamal RAHIB**  
**Médecine Générale**  
**ECHOGRAPHIE GENERALE**

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca  
**DU de GERONTOLOGIE - GÉRIATRIE**  
de l'université de Bordeaux (France)

**الدكتور جمال رحيب**  
الطب العام  
الفحص بالصدى الصوتي  
خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طب و أمراض الشيخوخة  
من جامعة بوردو (فرنسا)

Sur Rendez-vous

Marrakech, le 02 Aout 2022 ..... مراكش في

Mr. SENYATI SADIE  
190,00  
1) Ahmed S.  
22,70 2nd visit  
Yf La N° 1  
88,00 1 - 21  
3) Suntac  
PIARHACIA KAADOU  
53, Imm Ben Rais Lot 1, Ouhmada  
Av Prince My Abdellah, Marrakech  
05 24 44 65 55



شارع مولاي عبد الله (شارع أسفى سابقا) عمارة ابن الرايس شقة رقم 1 (قرب صيدلية القعدود ومقهى  
امنيكور) مراكش الهاتف: العيادة 06 66 10 28 83  
05 24 43 32 33 المحمول :  
Av. Prince Moulay Abdellah, Imm. Ben Rais, Appt N°1 (prés de la pharmacie Kaadoud)  
Tél.: Cabinet : 05 24 43 32 33 GSM : 06 66 10 28 83 - Patente N°: 45314568

4/ Kognat → 2<sup>nd</sup>  
3 → 1<sup>st</sup> 6<sup>th</sup>

Directis → Lucy  
1 → a Berlin  
61 meer

387, 10

Dr. Jamal RAHIB  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE  
DU de Gérontologie Géatrie  
Av. Prince My Abdellah, Imm. Ben Rais, App. N°1  
Marrakech Tél : 05 24 43 32 33

PLACE KAADDOUD  
5<sup>e</sup> étage 500 m<sup>2</sup> Lot Ali Ouhmada  
Av. Prince My Abdellah - Marrakech  
05 24 44 85 55

FLONOX 500 MG

12 Comprimés pelliculés



6 118000 280484

250 mg

500 mg

&

LOT : 21185 PER : 05/2024  
PPV : 72,70 DH

SITIONS  
s pelliculés

.....250 mg

.....1 comprimé pelliculé  
chacun à 250 mg, soit 3000 mg de ciprofloxacine.  
pelliculés

.....500 mg

AMM : 80/11/DMP/21/NNP

Chaque étui contient 2 comprimés dosés chacun à 500 mg, soit 1000 mg de ciprofloxacine.

FLONOX® 500 mg, boîte de 12 comprimés pelliculés

Ciprofloxacine (DCI).....500 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé pelliculé

Chaque étui contient 12 comprimés dosés chacun à 500 mg, soit 6000 mg de ciprofloxacine.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibiotique de la famille des fluoroquinolones.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

FLONOX® est indiqué pour traiter les infections bactériennes suivantes :

Chez l'adulte :

Infections des voies respiratoires basses dues à des bactéries à Gram négatif (exacerbations de broncho-pneumopathie chronique obstructive, infections broncho-pulmonaires en cas de mucoviscidose ou de bronchectasie, pneumonie)

- Otite moyenne chronique purulente
- Exacerbation aiguë de sinusite chronique, en particulier due à des bactéries à Gram négatif
- Infections urinaires
- Urétrite et cervicite gonococciques
- Orchi-épididymite y compris les infections dues à *Neisseria gonorrhoeae*
- Infections gynécologiques hautes y compris les infections dues à *Neisseria gonorrhoeae*
- Infections gastro-intestinales (par ex. diarrhée du voyageur)
- Infections intra-abdominales
- Infections de la peau et des parties molles dues à des bactéries à Gram négatif
- Otite maligne externe
- Infections ostéoarticulaires

· Traitement des infections chez les patients neutropéniques

· Prophylaxie anti-infectieuse chez les patients neutropéniques

· Prophylaxie des infections invasives à *Neisseria meningitidis*

· Maladie du charbon (prophylaxie après exposition et traitement curatif)

Chez l'enfant et l'adolescent :

- Infections broncho-pulmonaires en cas de mucoviscidose dues à *Pseudomonas aeruginosa*
- Infections urinaires compliquées et pyélonéphrite
- Maladie du charbon (prophylaxie après exposition et traitement curatif)

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Posologie : La posologie dépend de l'indication, de la gravité et du siège de l'infection, de la sensibilité du/des germes en cause à la ciprofloxacine, de la fonction rénale du patient et du poids de l'enfant et de l'adolescent. La durée du traitement est fonction de la sévérité de la

88DH00  
4/01  
11/31  
PPY  
PHO  
QD

.....10 mg  
...q.s.p. 1 comprimé



C  
C  
C  
C  
C

## MÉDECINE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

- Chez l'adulte pour traiter les symptômes :
  - de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
  - de l'urticaire,
  - des conjonctivites d'origine allergique.
- Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :
  - de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
  - de l'urticaire.

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou  $\frac{1}{2}$  comprimé 2 fois par jour.

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

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthyleène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



Veuillez lire  
d'utiliser  
Gardez ce  
Si vous avez  
demandé  
pharmaciens  
Ce médicament  
donnez jamais  
symptômes  
Si l'un des  
remarquez  
notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**LOT : 5112**  
**UT. AV : 11-24**  
**P.P.V : 36 DH 40**

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

#### **Précautions d'emploi**

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

Le médicament contient du sodium. A 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 suum.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 32 mg de suum.

Le médicament contient du lactose. Son utilisation est conseillée 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

#### **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS**

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec un vaccin vivant atténue ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique ( $\geq 1$  g par prise et/ou  $\geq 3$  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.

##### **Allaiteme**

Le lait maternel n'est pas recommandé pendant le traitement.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas.

#### **Durée du traitement**

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

#### **SURDOSEAGE**

Sans objet.

#### **INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES**

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous omettez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

#### **RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE**

Sans objet.

#### **EFFETS INDESIRABLES**

Comme tous les médicaments, KOPRED comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime. Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont:

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

- Apparition de bleus.

- Élevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.

- Troubles de l'humeur: excitation, euphorie, troubles du 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).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés:

- Risques de troubles de la fonction de la glande surrénale.