

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 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 : 9865

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUZAL

Date de naissance : 20/06/73

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/07/2022

Nom et prénom du malade : Aouzal Ilyas

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : AF

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 ne pas être en possession de la clause relative à la protection des données personnelles.

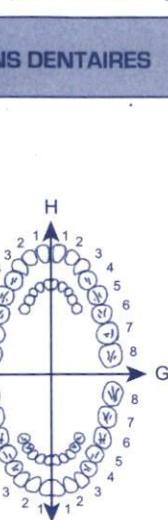
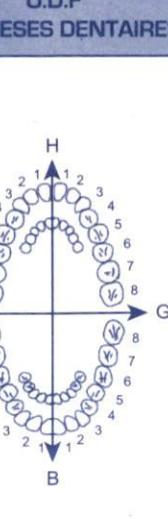
Le : / /

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
01/07/2022 CRS			250.00	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU 01/07/2022 POUR LA SOCIETE INVCI INVESTISSEMENT CIVIQUE INVESTISSEMENT CIVIQUE INVESTISSEMENT CIVIQUE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DATTIER 149 B Lotissement Haj Patah 5 Lissasfa Casablanca Tel 0631 11 06 57 8	01/07/22	51,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.															
	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	Coefficient des travaux											
MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)															
DEBUT D'EXECUTION (Start of execution)															
FIN D'EXECUTION (End of execution)															
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES (ODF for dental prostheses)	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE (Determination of the masticatory coefficient)			Coefficient des travaux (Coefficient of work)										
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>				H	21433552	D	00000000	00000000		B	11433553	G	35533411
		H	21433552												
		D	00000000												
		00000000													
		B	11433553												
		G	35533411												
MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)															
DATE DU DEVIS (Date of the estimate)															
DATE DE L'EXECUTION (Date of execution)															

Docteur Asmaâ ZAIDANI
 Spécialiste en Pédiatrie
 Allergologie Pédiatrique

 (Sur Rendez-vous)



الدكتورة أسماء الزيadianي
 اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
 أمراض الحساسية والربو (الضيق) عند الأطفال

 (الفحص بالموعد)

Yan lâu
 17/7/20

Casablanca, le : 01 Juil 2022

Leef Touzal Ilyas

1. Zorokinin ~~500 mg~~

21,90

1 flacon = 1810g

x 3ij Dolce

PHARMACIE DATTIER
 149 B Lotissement Hay Fatah 5
 Lissasfa Casablanca
 Tel 06 31 11 08 57

30,00 500 mg Neptas

2. Dragol Dolme gel.

1 flacon le bouteille 500g

3. Dupraee Saclie 300

1 Saclie x 4ij pastille

4. Faurex sirop Leef
 1 flacon 1810g x 3ij pastille

PHARMACIE DATTIER
 149 B Lotissement Hay Fatah 5
 Lissasfa Casablanca
 Tel 06 31 11 08 57

25. الطابق الثاني، شارع مصطفى سلمات، تجزئة مولاي التهامي، حي الألفة (بيجان ضيادلة الأطفال)، الدار البيضاء

25. 2ème Etage, Bd Mustapha Salamat, Lot. Mly Thami, Hay Oulfa (à côté de la pharmacie ATFAL) Casablanca

E-mail : dr.zaidani.a@gmail.com - WhatsApp : 0666 19 91 42 - البريد الإلكتروني: dr.zaidani.a@gmail.com

الهاتف : 0522 89 07 70 - الواتساب : 0522 89 07 70

بروكينين® 5 ملجم/5 مل معلق للشرب دومبيريودون

يجب قراءة هذه النشرة كاملة قبل تناول هذا الدواء.
يرجى الاحتفاظ بهذه النشرة، فقد تحتاج إلى قرائتها مرة ثانية.

إذا كان لديك أي سؤال أو شك، يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلاني.
لقد تم وصف هذا الدواء لشخصين، ولا يجوز إعطاؤه لشخص آخر
تشابه الأعراض، فقد يؤدي ذلك إلى أخطاء غير محمودة.
في حالة وجود آثار جانبية حادة، أو آثار جانبية غير مذكورة في
النشرة، يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلاني.

1 - ما هو بروكينين معلق للشرب، وما هي دواعي الاستعمال؟

الغفنة الدوائية والعلوية (A03FA03).
منتهى عمرة الحركة المعاوية.

دواعي الاستعمال العلاجية
يوصى بروكينين معلق للشرب عند الأطفال والبالغين لتحفيض أعراض
الغثيان والقيء.

2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول بروكينين معلق للشرب؟

مواطن الاستعمال

لانتناول بروكينين معلق للشرب في الحالات التالية:
إذا كنت تعاني من الحساسية لدومبيريودون أو أي من مكونات الدواء.

الأخرى.

نزيف في المعدة أو إذا كان لديك ألم في البطن بانتظام شديد أو براز أسود.

أنسداد أو تقي في الأمعاء.

لدى ورم في الغدة الشباخية (برولاكتين).

أداة أو كتلة غامضة من مرض الكبد.

في السرطان، ويمكن أن يؤثر أيضاً على معدل ضربات القلب الأخرى
الكتيوكوتانازول، الفلوكونازول أو فلوكوتانازول الذي يستخدم لعلاج
الالتهابات الفطرية، المصادر الحيوانية مثل الإيشوروميسين.

كلاراثونوميسين أو تيلثيوروميسين، أو أمودارون، وهو دواء للقلب.

لديك أو كنت تعاني من مرض الكبد،
إذا كان هناك ارتفاع في الكبد أو الكلى، اتبع بدقة تعليمات الطبيب.

الالتهابات والحماديات الخاضة.

إذا كان لديك مشاكل في الكبد أو الكلى، اتبع بدقة تعليمات الطبيب.
إذا كنت تأخذ دواء آخر أيضاً، يرجى قراءة "التفاعلات مع الأدوية".

إذا كنت تأخذ دواء آخر أيضاً، يرجى قراءة "التفاعلات مع الأدوية".

قد تؤدي مومبيريودون زيادة خطير عدم انتظام ضربات القلب والسكنة
الجهازية، قد تكون هذه المظاهر على النسبة الأشخاص أكثر من 60 عاماً
أو الذين يتناولون أكثر من 30 مل من المجرى العصري.

وينبغي استخدام دومبيريودون في أقل جرعة فعالة للبالغين والأطفال.

لا تأخذ بروكينين معلق للشرب لأكثر من 7 أيام إذا تم وصفه من قبل
الطبيب.

إذا كنت في شل، لا تتردد في طلب الطبيب أو الصيدلاني.

التفاعلات مع الأدوية الأخرى:
تناول أدوية أخرى.

لا تأخذ بروكينين معلق للشرب إذا كنت تأخذ أيضاً كتلة غدة الكيوكوتانازول عن

طريق الفم (وهو دواء يستخدم لعلاج الالتهابات الفطرية) أو
كلاراثونوميسين عن طريق الفم (مضاد حيواني) أو يعسر أخذ الأدوية التي تعيق
عملية الأيض (تعدوه أدوية أخرى في الجسم، ويمكن أن يؤثر أيضاً على معدل

ضربات القلب).

21,90

معليمات في حالة نسيان تناول واحدة من الجرعات
إذا ثبتت تناول بروكينين معلق للشرب:
لا تتناول جرعة مضاعفة لتعويض الجرعة التي تم نسيانها.

4 - ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

وصف الآثار الجانبية
كما هو الحال مع كل الأدوية، فإن بروكينين معلق للشرب يؤدي إلى آثار جانبية، تختلف من شخص لأخر.
نادراً جدًا:
• التشنجات.

• المركبات الالارادية في الوجه والذراعين وال والساقين، ارتجاف، وتصلب العضلات المفرطة أو تشنجات مغلبة.

• الطفح الجلدي، والحكمة، وصفيق في التنفس أو تورم في الوجه، وخلايا النحل، والطفح الجلدي، مصحوبة في التنفس والأغصان.

• عدم انتظام ضربات القلب (سرقة ضربات القلب أو عدم انتظام).

• وفاة غير موقعة ناجمة عن توغل مفاجئ في وظيفة القلب في الشخص الذي قد يكون على علم أمراض القلب.

• تارك دم الحمض عند النساء.

إذا ثبتت أي آثار جانبية لم تذكر في هذه النشرة، أو إذا أصبحت الآثار الجانبية أكثر حدة، اخبر الطبيب أو الصيدلاني.

5 - كيف يحفظ بروكينين معلق للشرب؟

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.
ظروف التخزين:
يحفظ في درجة حرارة الغرفة (° 15-30).

بعد فتح العبوة، يمكن حفظ بروكينين معلق للشرب لمدة ثلاثة شهور.

للاستخدام الموصى به، يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلاني.

Prazo/20mg

Omeprazole

7 gélules



6 11 8000 04099

Produit n°49

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des micro-

- Présentation : boîte de 7.

CLASSE PHARMACO-THER

PRAZOL® 20 mg, gélule gas-

medicaments appelée inhibi-

DANS QUEL(S) CAS UTILIS

PRAZOL® 20 mg, gélule ga-

chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien
- les ulcères de la partie haute de l'estomac
- les ulcères infectés par *Helicobacter pylori*

également vous prescrire des anti-

- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grossesse au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (réurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

• Maladie ulcèreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.



Prenez ce médicament.

Demandez plus d'informations à votre pharmacien.
Ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, même
si ce n'est un parent ou un enfant.
Ne marquez un effet indésirable non mentionné
sur la boîte ou la notice.

..... 20 mg
..... 1 gélule

PPV : 30DH00
PER : 04/24
LOT : K3638-3