

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° W21-769572

M 2900

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11757**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BAHDY A ADIL**

Date de naissance : **16/11/75**

Adresse : **MAURITANIE**

Tél. : **0661167608**

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/05/2022**

Nom et prénom du malade : **BAHDY A ged Jack**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Allergie**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Noureddine Mekraz R.R 32 Ksba Beni Mekraz Sidi SImiane - Tel: 05 23 32 03 41</i>	01/11/2015 21 22	74,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan

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																	
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد الحفيظ عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الصبيحة وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإلقاء عن التدخين

Casablanca, le :

01/11/2022

BAHDYA MOHAMED JAD

(3+100x2)

Aler-z

1 càc, soir, pendant 2 mois

٦٥

٧٤١٥

PHAR.LACIE MOKHLIS
Noureddine Ben Mokhlis
R.A 322 Km 6 Ben Mekaz Mansouria
Ben Slimane - Tel: 05 23 32 93 41

Professeur
Abdelaziz AICHANE
Pneumologie et Allergologie
40, Rue des hôpitaux 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca
Tél: 05 22 22 03 03 / 05 54 06 51 72 62 00
INPE: 091035121

40، شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

ALER-Z® 5mg/5ml

Solution buvable

Flacon de 120 ml

Dichlorhydrate de cétirizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car il contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
3. Comment prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ET DANS QUELLES CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Antihistaminiques à usage systémique, dérivés de la pipérazine - code ATC : R06AE07.

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active d'ALER-Z®. ALER-Z® est un médicament utilisé dans le traitement de l'allergie.

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans, ALER-Z® est indiqué dans :

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

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ?

Ne prenez ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable :

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

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable.

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

La posologie adaptée sera déterminée par votre médecin.

Si vous avez des problèmes pour uriner (en raison de problèmes au niveau de la moelle épinière ou de problèmes de vessie ou de prostate), demandez conseil à votre médecin.

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

Comme avec tout autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec ALER-Z®.

Si vous devez passer des tests pour le diagnostic de l'allergie,

demandez à votre médecin si vous devez arrêter de prendre ce médicament quelques jours avant leur réalisation car il peut en modifier les résultats.

Autres médicaments et ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez

récemment pris ou pourrez prendre tout autre médicament.

ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable avec des aliments

L'absorption de la cétirizine (Substance active d'ALER-Z®) n'est

pas modifiée par la prise d'aliments.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin avant de prendre ce médicament.

L'utilisation d'ALER-Z® doit être évitée pendant la grossesse.

L'utilisation par inadvertance en cours de grossesse ne devrait pas avoir d'effet délétère sur le fœtus. Cependant, ce médicament ne doit être administré que si nécessaire et après avis médical.

La cétirizine passe dans le lait maternel. Un risque d'effets indésirables chez les nouveau-nés allaités ne peut pas être exclu. Par conséquent, vous ne devez pas prendre ALER-Z® pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Les études cliniques n'ont pas mis en évidence d'altération de la vigilance, du temps de réaction ou de la capacité à conduire après l'administration des médicaments à base de la cétirizine aux doses recommandées.

Cependant, si vous êtes susceptible de conduire un véhicule, de faire des activités potentiellement dangereuses ou d'utiliser des machines, vous devez évaluer au préalable votre propre réaction au traitement par ALER-Z®. Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée.

ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable contient du sorbitol. Le sorbitol est une source de fructose. Si votre médecin vous a informé(e) que vous (ou votre enfant) présentez une intolérance à

certains

de solution buvable (2 cuillères-mesure).

Utilisation chez les enfants de 2 à 11 ans

La dose recommandée est de 5 ml de solution buvable (une cuillère-mesure).

Utilisation chez les enfants de 2 mois à 2 ans

La dose recommandée est de 2,5 ml de solution buvable (une demi-cuillère-mesure).

Insuffisance rénale

Chez les patients ayant une insuffisance rénale, la dose recommandée est de 5 mg, soit une cuillère-mesure), une fois par jour. Si vous souffrez d'une maladie grave de votre rein, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Si votre enfant souffre d'une maladie grave de votre rein, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien. La fonction des besoins de votre enfant est dépendante de la fonction de votre rein.

Si vous pensez que l'effet d'ALER-Z® n'est pas suffisant, consultez votre médecin.

Durée du traitement :

La durée du traitement dépend de l'évolution de vos symptômes et de la volonté de votre médecin.

Si vous avez pris plus d'ALER-Z® que vous n'auriez dû

Consultez immédiatement votre médecin. Votre médecin décidera alors, si nécessaire, de prendre.

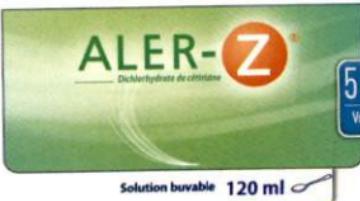
En cas de surdosage, les effets peuvent apparaître avec une intensité indésirable tels que confusion, étourdissements, fatigue, céphalée, étourdissements, des pupilles, démangeaison, agressivité, etc.

37,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :



5 mg
/5 ml
Voie orale

Solution buvable 120 ml

Le
de
La
Ad
La do

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

تشخيص الوظائف النفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين الضيقه و أمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

Casablanca, le :

01/11/2022

Facture

BAHDYA MOHAMED JAD



Acte	QTE	Honoraire
Test cutané allergologique	1	600,00 Dh
Total		600,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
six cents dirham(s)

Professeur
Abdelaziz AICHANE
40, Rue de
Pneu
Tel: 03 22 22 03 03 / 03 22 22 03 03
N°E: 001035121
Casablanca
51 7 - 82 01

40, شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد الحفيظ عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإفلاع عن التدخين

Casablanca, le :

01/11/2022

BAHDYA MOHAMED JAD

Test Cutané Allergologique positif aux acariens

Professor
Abdelaziz AICHANE
40, Rue des hôpitaux Casablanca
Tél: 05 22 22 03 03 - INPE: 09 10 35 12 11

40، شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبلة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء
40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03