

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-692828

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9616 Société : 144558

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KANA SAID

Date de naissance : 04/02/1968

Adresse : PANDORAMA BLOC N°2A-INT BARNVOUSSE

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2019

Nom et prénom du malade : Wiam

Age : -

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Biphase

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09/11/2022	G		180,4	INP : 09/11/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1-12-22	351,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

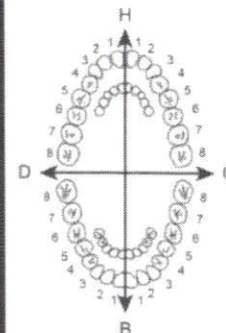
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

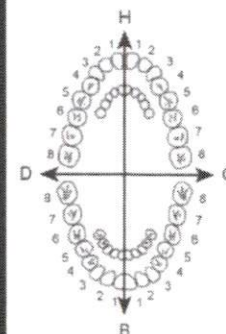
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور رضا ايام

- أمراض السكري
- الحمية والتغذية
- الطب العام
- دبلوم جامعي في السكري كلية الطب فاس
- دبلوم جامعي في الحمية والتغذية كلية الطب
- الدار البيضاء
- النقص بالصدى - تخطيط القلب



01/12/22

KANA SAID

170, 2

1/CEFIC 0 2002

1 — 0 —

21 VOLTARÉNE 1000

98.80

31 NEOFORTAN 1600

 $41,30 \times 2$

4/Idor 2022

351.40

DR. L. VALLI
Diabetologie - Nutrition dietétique
Omnipraticien
Échographie - G.C.
1409 April Street
Canada - Tel. 05 22 14 53 16 / 05 23 23 19 28

PHARMACIE HASSINI
Tel: 05 22 76 60 31
20640 Ani Loughiem
06 76 24 60 31 - Pharmacie Mag. 1 Bior. 3

1921

عمارة 1 GH09 شقة رقم 3 الطابق السفلي حي الأزهر مدينتي سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
الهاتف الثابت : 05 22 74 63 16 - المحمول : 06 73 23 18 28

سيفيكو® 200 ملغ،

أقراص مغلفة - علب من فئة 8 و 16
(سيفيكسيم ثلاثي المائية)

سيفيكو® 100 ملغ/5 مل،

مسحوق لأجل مستعلق للشرب في قنينة مصحوب بحقنة معيرة حسب وزن الطفل
قنينة من فئة 30 مل و قنينة من فئة 60 مل

يرجى الإطلاع على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرائتها من جديد.

إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود آثار جانبية غير مرغوب فيها غير مذكور في هذه النشرة، تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

1. تركيبة الدواء :

سيفيكو 200 ملغ، أقراص مغلفة :

سيفيكسيم (التسمية العالمية الموحدة) ثلاثي المائية، الكمية المناسبة لسيفيكسيم
اللامائي.....200ملغ

السواغات : سيليلوز ميكروكريستالين، نشا الذرة، ستيرات المغنيزيوم، أوبادري -17000-
(هيدروبروبيل ميثيل السيليلوز، ثنائي أوكسيد التيتانيوم و بولي إيثيلين كليكول 400).....ك.ك.ل

1 قرص مغلف.

سيفيكو 100 ملغ/5 مل، مسحوق لأجل مستعلق للشرب في قنينة :

سيفيكسيم (التسمية العالمية الموحدة) ثلاثي المائية، الكمية المناسبة لسيفيكسيم
اللامائي.....100ملغ

السواغات : السكروز، الصمغ العربي، نكهة الفراولة، بنزوات الصوديوم.....ك.ك.ل ملل

من المحلول المحضر.

السواغات ذات تأثير ملحوظ: السكروز

2. الفئة الدوائية العلاجية أو نوع النشاط:

ينتمي هذا المضاد الحيوي إلى فئة بيطا لكتامين، مجموعة سيفالوسبورين من الجيل

الثالث، وهي مجموعة قريبة من مجموعة البنسلين.

3. الإرشادات الدوائية العلاجية :

سيفيكو 200 ملغ، أقراص مغلفة :

يوصف هذا الدواء لعلاج مايلي :

○ بعض الإلتهابات البولية التناسلية.

○ إلتهاب الأذن و التهاب الجيوب الحادة

○ عدوى القصبات و التهاب

• سيفيكسيم 200

التصريح بالآثار الجانبية المحتملة :

يكتسب التصريح بالآثار الجانبية المحتملة بعد ذلك على المراقبة المستمرة للعلاقة بين مزايا الأدوية و

7. تحذيرات خاصة و احتياطات الاستعمال الخاصة

تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي قبل تناول سيفيكو

○ إذا سبق أن عانيت أو عانى طفلك من الحساسية

فقد تعاني أيضاً من الحساسية تجاه هذا العلاج.

○ إذا كنت تعاني أو كان طفلك يعاني من مرض

الجرعة اليومية للعلاج.

○ إذا سبق أن عانيت أو عانى طفلك من فقر الدم الانحلالي بعد تناول

من فئة سيفالوسبورين، بما في ذلك سيفيكو (انخفاض الكريات الحمراء الذي يمكن أن

يؤدي إلى الشحوب، والضعف أو اللهاث).

خلال أو بعد العلاج، يتعين عليك إخبار الطبيب على الفور في الحالات التالية:

○ إذا عانيت أو عانى طفلك من الإسهال. تجنب أن تتناول أي دواء لعلاج الإسهال دون

إستشارة الطبيب.

○ إذا عانيت أو عانى طفلك من البثور أو الحكة.

○ إذا عانيت أو عانى طفلك من رد فعل جلدي حاد من نوع الطفح المصحوب

بقفاعات وتقرش الجلد الذي قد ينتشر بسرعة في جميع أنحاء الجسم، وحرش حياتك

للخطر (متلازمة ليل، متلازمة ستيفنس جونسون)، أو متلازمة فرط الحساسية الدوائية.

○ يمكن أن يقرر طبيبك التوقف عن العلاج بهذا الدواء و/أو يصف لك علاجاً ملامحاً

(انظر الفقرة 6«).

○ كما بالنسبة لجميع الأدوية التي تنتمي إلى هذه الفئة من المضادات الحيوية

(بيطالكتامين)، فإن تناول هذا الدواء، قد يؤدي إلى خطر حدوث اعتلال دماغي يمكن

أن يؤدي إلى تشنجات، واضطراب، و أعراض في الوعي، أو حركات غير طبيعية، لا سيما

في حالات الجرعة الزائدة أو ضعف وظائف الكلى. إذا حدثت مثل هذه المشاكل، إستشر

طبيبك أو الصيدلي على الفور (انظر القسمين 4 و 6 «).

عند إجراء الاختبارات في المختبر :

يمكن أن يتسبب سيفيكو في نتائج خاطئة تتعلق بما يلي:

○ البحث عن الستون في البول؛

○ البحث عن الغليكوز في البول؛

○ اختبارات تشخيص بعض أمراض الدم.

- الإشارة إلى السواغات ذات التأثير المعروف :

لاينصح باستخدام هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفريكتوز، أو

متلازمة سوء امتصاص الكليكويز و الكلاكيتوز أو عجز في السكراز/ أنزيم الإيزوملتاز

(أمراض وراثية نادرة).

8. التفاعلات

21 1445 2

EXP 05 23

PPV 170 00 DH

CEFICO

NEOFORTAN®

(phloroglucinol dihydraté)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés effervescents dosés à 80 mg : Boîte de 10
- Comprimés effervescents dosés à 160 mg : Boîte de 10
- Suppositoires dosés à 150 mg : Boîte de 8

COMPOSITION QUALITATIVE

- **Comprimé effervescent à 80 mg**
Phloroglucinol dihydraté 80 mg

- **Comprimé effervescent à 160 mg**
Phloroglucinol dihydraté 160 mg

Excipient : acide citrique, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, benzoate de sodium qsp 1 comprimé effervescent

- **Suppositoire à 150 mg**
Phloroglucinol dihydraté 150 mg

Excipient : triméthyl phloroglucinol, silice colloïdale anhydre, glycérides hémissynthétiques qsp 1 suppositoire .

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

NEOFORTAN® est préconisé dans :

- Le traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires (dyskinésie biliaire, colite spasmodique), colique hépatique
- Le traitement des manifestations spasmodiques et douloureuses aiguës des voies urinaires : coliques néphrétiques
- Le traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie (dysménorrhée)
- Le traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au repos

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant :

- Hypersensibilité au phloroglucinol.

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

MISES EN GARDE SPECIALES

L'association de phloroglucinol avec les anesthésiques sédatifs et les sédatifs des dérivés doit être évitée en raison de leur

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS, ET NOTAMMENT les anesthésiques sédatifs, IL FAUT SIGNALER SON TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Les études réalisées chez l'animal n'ont pas démontré d'effets tératogènes. En l'absence d'effet tératogène dans l'espèce humaine n'est pas attendu.

En clinique, l'utilisation relativement récente de NEOFORTAN® n'a apparemment révélé aucun risque malformatif. Toutefois, l'utilisation du phloroglucinol ne doit pas être poursuivie au cours de la grossesse que si nécessaire.

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 01/2024
LOT 0N033 2

