

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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 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.

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

N° W21-785996

153629

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10327** Société : **RAN**

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : **AZZAB Mohamed**

Date de naissance : **06/11/1976**

Adresse : **BLVD ITACHFI NI FILAFI Res. 6
Dardas 16 Bali 2 Apt 8 Imm 4**

Tél. : **06 66 49 3849** Total des frais engagés : **325,30** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **AZZAB** Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **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 faits sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Maroc** Le : **21/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

EL ALAMI ALLAL BEN ABDELLAH
adhérente à la mutuelle
11 Janvier 2023
Le : 21/02/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant du paiement des Actes
21 02 23	2023	1	200	INP : 
				

EXECUTION DES ORDRES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Boute 100 ml CALIFORNIA Béchouk Haj Daoui Beurre de la Mecque - Casablanca - Tél. 05 22 91 29 31	21/02/22	45,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

Cabinet de Pédiatrie

Dr EL ALAMI ☺

Docteur EL ALAMI Abdellatif

Spécialiste Pédiatre
Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Fibroscopie Digestive Biopsie Jejunale

Sur Rendez-vous

الدكتور العلمي عبد اللطيف
اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
التنظير الداخلي للجهاز الهضمي

بالموعد

Casablanca, le

21/02/22

الدار البيضاء، في :

Abdellatif EL ALAMI

21/02/22

Prataveul

26/02/22

PHARMACIE PORTE CALIFORNIA
Rue 100 Bar Haj Daoui
Bacikot - Rue de la Mecque
Casablanca

29/02/22

Waued

75,30

05 22 31 95 00 87
شارع 11 بنابر (بجانب سينما كوليزي) الدار البيضاء، الهاتف : 05 22 31 95 00
87, Bd. 11 Janvier (à côté du cinéma colisée) - Casablanca - Tél : 05 22 31 95 00

En cas d'Urgence/Contacter GSM : 06 61 13 83 40

- Chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée ou sévère
- En cas d'affections qui allongent ou qui pourraient affecter la conduction cardiaque
- En cas d'affections cardiaques sous-jacentes telles qu'une insuffisance cardiaque congestive
- En cas de prise concomitante de médicaments qui allongent l'intervalle QT ou d'inhibiteurs puissants du cytochrome P450 3A4.

Ne prenez jamais NAUSELIUM si :

- Vous êtes allergique (hypersensible) à la dompéridone ou à l'un des autres composants de NAUSELIUM
 - Vous avez des saignements de l'estomac ou si vous avez régulièrement des douleurs abdominales sévères ou des selles noires persistantes
 - Vous avez les intestins obstrués ou perforés
 - Vous avez une tumeur de la glande pituitaire (prolactinome)
 - Vous prenez certains médicaments qui ralentissent le métabolisme, d'autre part, certains remèdes contre l'insomnie qui peuvent

أول إستعمال

Nauseutum 1 mg/ml Flacon de 200 ml



6 18000 091882

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Assmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable
21, Rue des Asphodèles, Maârif, Casablanca - Maroc

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIR

NAUSELIUM 1 mg/ml. suspension buyable content

- Du sorbitol (E 420).
 - Du parahydroxybenzoate de méthyle (E 218)
 - Du parahydroxybenzoate de propyle (E 216).

NAUSELIUM 10mg comprimé pelliculé contient

 - Du lactose.

POSOLOGIE - MODE ET/OU VOIE(S) D'ADM.

FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE

NAUSELIUM 10mg Comprimé :

rimé jusqu'à trois fois par jour, la dose de 30mg.

le comprimé avec de l'eau ou un autre nprimés.
es enfants moins de 35 kg, ce médicam
ELIUM 1mg/ml. suspension buvable:

es et adolescents à partir de 13 ans

ose usuelle est de 10 ml jusqu'à trois fois par jour. La dose maximale de 30 ml par jour est recommandée pour les patients atteints de maladie de Crohn et de colite ulcéro-sigmoidite. La dose quotidienne totale de 30 ml est recommandée pour les patients atteints de maladie de Crohn et de colite ulcéro-sigmoidite.

Parents et nourrissons :

Le médecin vous expliquera précisément comment donner à votre enfant et à quelle dose dépend du poids corporel. La dose unique est à trois fois par jour. La dose quotidienne est de 15 mg/kg.

Le médicament s'administre au moyen de la sensibilité à la dose. L'administration orale qui permet de mesurer la quantité de médicament administré pour une prise. Chaque graduation de la seringue correspond à la dose à administrer pour 1 kg et par prise. La graduation 5 correspond à la dose à administrer par prise à un enfant de 5 kg.

NAUSELIUM 1 mg/ml suspension buvable contient:

- Du sorbitol (E 420), qui peut avoir un léger effet laxatif. Aussi, si vous

mg par jour. La dompéridone doit être utilisée à la dose efficace la plus faible chez les adultes et les enfants.

- Bouche sèche
 - Anxiété
 - Nervosité
 - Perte ou diminution de l'intérêt pour le sexe
 - Maux de tête
 - Somnolence
 - Diarrhée
 - Seins gonflés, douloureux ou sensibles
 - Développement abnormal des seins chez l'homme
 - Ecoulement de lait par le mamelon
 - Sensation générale de faiblesse

LOT : 9066
UT. AV : 05 - 24
P.P.V : 29 DH 00

Nauselium

Flacon de **200 ml**

68x64x145



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

pivalone 1%

tixocortol

Suspension nasale

Composition

Tixocortol pivalate 1,000g

Excipient : alcool benzylique, chlorure de sodium, phosphate

Monosodique dihydraté, soluté officinal d'hydroxyde de sodium,

Eau purifiée q.s.p 100g

Conservateur : Chlorure de N-Cétylpyridinium

FORME PHARMACEUTIQUE

Suspension nasale, flacon de 10ml

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

(TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage nasal (R : système respiratoire)

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(CONTRE INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas :

-d'antécédents allergiques au produit.

-d'épistaxis (saignements du nez).

-d'existence en cours de traitement d'infections virales ou fongiques de surinfection locale importante.

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

PRECAUTIONS D'EMPLOI

A utiliser après mouchage ou nettoyage soigneux du nez.

-Consulter votre médecin en cas d'aggravation des troubles.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS

DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE

PHARMACIEN

ENTEUSE:

ELLES INT

S, IL FAUT

T AUTRE

OTRE PH

IENT

ient au co

ander l'avis

endre un n

LOT:

GTB941

PER:

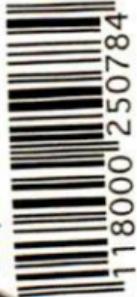
12/2025

PPV:

24/40

pivalone® 1%

Suspension nasale



6

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

BUTOVENT® 0,04%, sirop· flacon de 150 ml
Salbutamol

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 autres questions, 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 devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Sulfate de salbutamol (DCI) 0,048 g
Quantité correspondant à salbutamol 0,040 g

Excipients : saccharose, sorbitol liquide, glycol propylène, méthyl-p-hydroxybenzoate, propyl-p-hydroxybenzoate, acide citrique monohydrate, citrate de sodium bibasique, essences de fruits, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire :

Saccharose, sorbitol liquide, méthyl-p-hydroxybenzoate, propyl-p-hydroxybenzoate.

3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

Le salbutamol, principe actif de Butovent, est un stimulant bêta-adrénergique, sélectif sur les récepteurs bêta-2 bronchiques avec une activité bronchodilatatrice.

4. INDICATIONS

BUTOVENT® 0,04%, sirop est indiqué en cas de :

- Asthme d'asthme, d'origine allergique ou non, qui nécessite le traitement épisodique de la crise
- Bronchite (obstructive) concomitante

5. POSOLOGIE

Le médicament de la main. Sauf au au aux doses suivantes : Adultes et enfants de plus de 12 mois : mesurettes de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Enfants de 6-12 ans: 2 mg (= 1 grande mesurette de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Enfants de 2-6 ans: 1-2 mg (= 1 petite-1 grande mesurette) 3-4 fois par jour.

Enfants de moins de 2 ans: 0,15 mg/kg de poids corporel 3-4 fois par jour (1 mg = 1 petite mesurette de 2,5 ml).

L'apparition de palpitations (battements de cœur) ou de tremblements des mains indique que le dosage de Butovent est trop élevé.

Ces effets indésirables cessent en général après quelques heures. En cas de surdosage persistant veuillez le signaler à votre médecin.

Ne changez pas de votre propre chef le dosage prescrit. Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien si vous estimez que l'efficacité du médicament est trop faible ou au contraire trop forte.

6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais ce médicament dans les cas suivants : En cas d'hypersensibilité à l'un des composants du sirop Butovent, lors d'avortement imminent au 1er ou au 2e trimestre de grossesse et si vous prenez simultanément certains médicaments contre des affections cardiaques (appelés bêtabloquants non sélectifs, tels p.ex. le propranolol), le sirop Butovent ne doit pas être utilisé.

7. Effets indésirables :

Ce su m L'u sui Fré de trè sur lors Veu indi met Occ enfa Des acc de vom d'op d'ins problé Dans comm lèvres e circulato Dans ces cas, prenez immédiatement votre médecin. Il en va

Butovent®
0,04%
Salbutamol

21,90

