

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

- Reclamation : 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 de caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 157388 2092 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAATON Aicha Veuse Benzerfaria Abdessahab

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.60.51.29.11 Total des frais engagés : 052337430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/2025

Nom et prénom du malade : LAATON Aicha Age : 46/1960

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TONNILLE

Angi et polyarthrite

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) : LAATON Aicha

11/04/2025

Mr. LEMBACHAR Noureddine

Anzarane

Industriel

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
11/04/23	C	11	150,46	Dr. LEMBACHAR Nourredine 42 Rue El Anzara Quartier Industriel Tél: 0522 33 74 30 - Berrechid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OMNIA SARL MEHDI HAMMOUMI Docteur en Pharmacie 83 Avenue Marrakech - BERRECHID Tél 05 22 33 61 51	11/04/23	321,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G at the right, D at the left, and B at the bottom. The diagram is used				

Docteur LEMBACHAR Nourddine
MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتور لمبشر نور الدين
الطب العام

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

391,80

99,00

Aclar 18

57,10 1 sur 21.
Tolosone 20

44,70 Fraxiglon 60

56,60 Diprostene
1 sur 10 mg/ml

33,90 Cipril 50

30,50 3 ml.
Almodin



Dr. LEMBACHAR Nourddine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél. 0522 33 74 30 - Berrechid

11 May 2023

Fait à Berrechid le :

SARL LEMBACHAR Nourddine
PHARMACIE D'ANNAIA SARL
MEHDI HAMMI D'ANNAIA
Docteur en Pharmacie
Avenue Marrakach - 35 011
Tél : 0522 33 74 30

Profenid® 50 mg

Kétoprofène

33,90

Gélules

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

PROFENID® 50 mg, gélule.

b) Composition :

Kétoprofène 50 mg.

Excipients : lactose, stéarate de magnésium, oxyde de fer jaune (E 172), dioxyde de titane (E 171), gélatine, pour une gélule.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Gélule. Boîte de 24.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS

(M : Muscle et Squelette).

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène.

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères.

- en traitement de courte durée de :

- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaule douloureuse aiguë),
- certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

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

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,

ISOLONE



Prédnisolone

FORMES ET PRESENTATIONS

ISOLONE 50 mg, boîte de 20 comprimés sous plaquette

ISOLONE 20 mg, boîte de 30 comprimés sous plaquette

ISOLONE 5 mg, boîte de 30 comprimés sous plaquette

ISOLONE 10 mg, flacon de 10 ml.

LOT 202426

EXP 10 2025

PPV 57

10

COMPOSITION

ISOLONE 50 mg	: Prédnisolone	50 mg
	Excipient Q.S.P	1 comprimé.
ISOLONE 20 mg	: Prédnisolone	20 mg
	Excipient Q.S.P	1 comprimé.
ISOLONE 5 mg	: Prédnisolone	5 mg
	Excipient Q.S.P	1 comprimé.
ISOLONE 10 mg	: Prédnisolone	10 mg
	Excipient Q.S.P	1 ml

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ISOLONE est une hormone corticosurrénale synthétique dont l'effet est 4 fois plus fort que celui du cortisol physiologique.

ISOLONE est utilisé pour son effet anti-inflammatoire dans les affections ou maladies suivantes :

- POLYARTHRITE CHRONIQUE
- RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
- ASTHME BRONCHIQUE ET BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES.
- AFFECTIONS ALLERGIQUES TELLE QUE DERMATOSE DE CONTACT.
- URTICAIRIES GEANTS.
- NEURODERMATHOSE.

CONTRE-INDICATIONS

ISOLONE ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- INFECTIONS A BACTERIES OU CHAMPIGNONS LORSQU'ELLES NE SONT PAS TRAITEES PAR ANTIBIOTIQUE OU ANTIMYCOSIQUE.
- MALADIES DUES A DES VIRUS (HERPES, ZONA, VARICELLE, HEPATITES...)
- GOUTTE.
- ULCERE DIGESTIF EN EVOLUTION ET SANS TRAITEMENT.
- CERTAINS TROUBLES MENTAUX.
- CERTAINES CIRRHOSSES.

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

MISE EN GARDE

- il est conseillé de suivre un régime riche en protéine et en calcium et pauvre en sucre.
- Prévenir votre médecin de toute maladie, surtout en cas d'hypertension artérielle, de diabète, d'ostéoporose, d'ulcère digestif (estomac, intestin, colon) récent ou ancien, d'insuffisance rénale.

ACLAV®

Amoxicilline + Acide clavulanique

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

COMPOSITION :	PRODUIT :	Aclav 1g/125mg	Aclav 500mg/62,5mg		Flacon de 50 ml
Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre	-Boîte de 12 sachets -Boîte de 14 sachets -Boîte de 16 sachets -Boîte de 24 sachets	1g	500 mg	6 g	3 g
Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique		125 mg	62,5 mg	750 mg	375 mg
Excipients		q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	q.s.p 10,30 g de poudre	q.s.p 5,15 g de poudre

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bétalactamines, du groupe des aminopénicillines. Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bétalactamases.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans :

- Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes.
- Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.
- Les angines récidivantes, amygdalites chroniques.
- Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.
- Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.
- Les pneumopathies aiguës du patient à risque.
- Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.
- Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.
- Les parodontites.
- Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.
- Traitement de relais de la voie injectable.
- Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.
- Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bétalactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartam)

-Relatives :

Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g /125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)