

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

- 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.

M22- 0047216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10525** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **ABOULHAYANE YOUSSEF**

Date de naissance : **18/06/1993**

Adresse : **0101-1068**

Tél. **06-64-86-95-62** Total des frais engagés : **1168,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/06/2013**

Nom et prénom du malade : **ABOULHAYANE YOUSSEF** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Diabète type II + Syndrome gyné**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

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
10/06/2023	C	200 Dhs		DR. BETTACHE Achraf Générale Medecine 100 N36 Bd Oued Tassef Casablanca Oulfa Casablanca Tel 06 45 55 06 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUTOUYA ZEKRI Abdelatif Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moutouya EL Oued Casablanca - Tel. 0522.90.52.00 TICE: 0922-1122000097	10/06/2023	818,30

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
		A M	P C	I M	I V	
40	12-06-23					150,00
MEDECIN SARL						
Medical et pharmaceutique						
TELEFAX: 022-23030685						

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 10/06/93

Mr ABOUHJYANE YOUSSEF

437,00

1). Janumet 50/1000

1 g x 2/j



LOT : 8364
PER : 04/24
PPV : 132DH00

132,00

2). Aclar 1g

1 sachet x 2 g

20,80 x 4

3). Glucophage 500 mg (Oral)



4).

Code Free

1 rep x 3 g

119,10

5).

Risondil 0,05%
1 messe x 2 g

1 tube x 2 g



Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N36
Oulfa - Casablanca
Tél 06 45 55 06 54

PHARMACIE WILLY A MULLOUA
ZEKRI Abdellatif
Docteur en Pharmacie
220-222-224-224
Casablanca - Tel 0322 90 51 13
ACE - 002291220000973

20,00 6). Doligynie Sachets
1 Sachet x 2 lg



27,00 7). Voltaren 100 mg
1 Syrpe lg



Dr. BETTACHE Achraf
Médécine Générale
N° 20, N36
Bd Oued Sidi Abdellah
Oulfa Casablanca
Tél: 06 46 55 06 54

T = 818,30

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued Moulaya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0622.90.51.13
ICE: 002291220000074

RISONEL® 0.05%

FUROATE DE MOMÉTASONE

* Boîte d'un flacon de 140 doses
Suspension pour pulvérisation nasale.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, 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 non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MÉDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Furoate de mométasone monohydratée..... 51,8 microgrammes.

Quantité correspondant à furoate de mométasone anhydre..... 50 microgrammes Pour une dose.

Une pulvérisation, délivre une dose de 50 microgrammes de furoate de mométasone anhydre.

Ce médicament se présente sous forme de suspension pour pulvérisation nasale. Boîte de 140 doses. Un flacon correspond à 140 Pulvérisations

Les autres composants sont :

Excipients : Glycerine, Cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodique, Citrate de sodium dihydraté, Acide citrique monohydraté, solution de chlorure de benzalkonium, Polysorbate 80, Eau purifiée.

Liste des excipients à effet notable :

Chlorure de benzalkonium, glycerine.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ :

CORTICOIDE A USAGE LOCAL, (R: système respiratoire).

Le furoate de mométasone est un glucocorticoïde. Il exerce une activité anti-inflammatoire locale.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Ce médicament contient un composant qui s'administre par voie nasale. Il est indiqué :

- chez l'adulte et l'enfant dont l'allergie,
- chez l'adulte pour soulager dans les fosses nasales.

POSOLOGIE :

Rhinite allergique :

- Adulte et enfant de plus de 2 pulvérisations dans chaque symptôme sont améliorés, 1 dans chaque narine par jour
 - Enfant entre 3 et 11 ans: la dose dans chaque narine une fois par jour
- La mise en route et la durée du tra

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

Polypose nasosinusienne :

La dose habituellement efficace est de 2 pulvérisations par jour. Lorsque les symptômes régressent, réduire les pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour.

- En cas de persistance des troubles, ne pas augmenter la dose.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale,

- Agitez légèrement le flacon avant emploi.
- Lors du premier usage, la pompe doit être amorcée. Utilisée, celle-ci reste amorcée pendant environ 2 mois et peut être réamorcée par 2 pulvérisations.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Durée du traitement :

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Fréquence d'administration.

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre pharmacien.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais RISONEL® 50 microgrammes/dose dans les cas suivants :

- allergie à l'un des composants,
 - saignements du nez,
 - en cas d'hépérès du nez, de la bouche ou des yeux,
 - enfant de moins de 3 ans en l'absence de donnée.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, RISONEL® 50 microgrammes/dose pulvérisation nasale est susceptible d'avoir des effets indésirables. Il n'y a pas de sujet.

Possibilité de survenus de maux de tête, de saignement de la gorge, d'irritation ou de sensation de brûlure nasale, de la muqueuse du nez, de réactions d'hypersensibilité, manifestations cutanées, et très rarement de troubles digestifs. Une candidose nasale peut parfois apparaître, il convient de traiter et d'envisager un traitement adapté. Consultez votre pharmacien avec vous un traitement adapté. Dans ce cas, il est préférable de traiter la candidose jusqu'à guérison de la candidose. Très rarement : possibilité de glaucome (augmentation de la pression intra-oculaire), cataracte (opacification du cristallin de l'œil).

En cas de persistance des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes, consulter votre médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS D'UN MÉDECIN.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable que vous pourriez ressentir.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde

En cas de surinfection (mouchage purulé), de fièvre ou d'infection concomitante, prévenir votre médecin.

2-7 राज्यीय विद्यालयों वाली जगहों की लिंगालिंग विवरण 2, दिल्ली विद्यालय

9 - ସ୍ଵର୍ଗ ପାଦରେ ଆମିବାକୁ ଆମାରୁ

ગુજરાતી લાંબા લાંબા

ગાંધીજીના પ્રાચીન લિખની

સ્વાસ્થ્યના રૂપોની વિશ્વાસ

ફાઈલ નંબર 2.058 જીએ કોર્પોરેશન

ફાન્ડિન 005 એ, હોલ ટોલ્ડ

20, 80

- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ** ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ** ପାତାରୁକୁ
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**

9 - ସ୍ଵର୍ଗ ପାଦରେ ଆମିବାକୁ ଆମାରୁ

ગુજરાતી લાંબા લાંબા

ସମ୍ବଲପ୍ରକାଶନ ପାତ୍ରଚିତ୍ରଣ

ફાર્માચિયા 2 1000 રૂ. હાર્ટ ટાયા
ફાર્માચિયા 2 850 રૂ. હાર્ટ ટાયા
ફાર્માચિયા 2 600 રૂ. હાર્ટ ટાયા

ପାତ୍ର ମିଳନେ
ପାତ୍ର (ଜାଗା) ପାତ୍ର କିମ୍ବା (ଅନ୍ତର୍ଭାବରେ)
ପାତ୍ର କିମ୍ବା ପାତ୍ର କିମ୍ବା (କାହାରେ) କାହାରେ କାହାରେ କାହାରେ
ପାତ୍ର କିମ୍ବା ପାତ୍ର କିମ୍ବା (କାହାରେ) କାହାରେ କାହାରେ କାହାରେ

- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ** ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ** ପାତାରୁକୁ
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**

ପାତ୍ରମାନଙ୍କ ପାତ୍ରମାନଙ୍କ ପାତ୍ରମାନଙ୍କ ପାତ୍ରମାନଙ୍କ ପାତ୍ରମାନଙ୍କ

2-7 रुपी गोपनीयता वाली दृष्टिकोण से, इन उद्देश्यों का विवरण है-

9 - ସ୍ଵର୍ଗ ପାଦରେ ଆମିବାକୁ ଆମାରୁ

ગુજરાતી લાંબા લાંબા

ସମ୍ବଲପ୍ରକାଶନ ପାତ୍ରଚିତ୍ରଣ

ફાર્માચિયા 2 1000 રૂ. હાર્ટ ટાયા
ફાર્માચિયા 2 850 રૂ. હાર્ટ ટાયા
ફાર્માચિયા 2 600 રૂ. હાર્ટ ટાયા

ପାତ୍ର ମିଳିବାରେ
ପାତ୍ର (ଜାଗା) ପାତ୍ରରେ ପାତ୍ର (ଜାଗା) ।
ପାତ୍ର ମିଳିବାରେ ପାତ୍ର ମିଳିବାରେ ।
ପାତ୍ର ମିଳିବାରେ ପାତ୍ର ମିଳିବାରେ ।

ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ
ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ ପାଦାରୀ

- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ** ପାତାରୁକୁ
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ** ପାତାରୁକୁ
- **ପାତାରୁକୁ ପାତାରୁକୁ**



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

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 autre question, 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 non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Paracétamol

500 mg

200 mg

25 mg

Acide Ascorbique (Vitamine C)

Maléate de Phéniramine

- Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrate trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges. Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Triacétine E1518, Sulfate de sodium E514.

- Excipients à effet notable :

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

DoliGrippe, granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MEDICAMENTS DU RHUM

DoliGrippe, granulés pour

- Une action antihistaminique aux phénomènes spastomotiques
- Une action antalgique
- Une compensation en arôme

engrant 3 actions pharmacologiques:

larmoiement

s'oppose

à l'irritation

algyes),

s'oppose

à l'irritation

s'oppose

à l'irritation

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué

pour l'adulte et l'enfant de 6 ans et plus

- De l'écoulement nasal
- Des éternuements
- Des maux de tête et/ou

Posologie

Réservez à l'adulte et à l'enfant de 6 ans et plus

1 sachet à renouveler si nécessaire

Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris

au cours des états grippaux

Durée du traitement :

La durée maximale de l'administration est de 5 jours.

Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance respiratoire, au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe

- Enfant de moins de 6 ans
- En cas d'antécédents d'asthme
- En cas de certaines infections
- En cas de difficultés à respirer
- En cas de maladie grave
- En cas de phénylcétonurie

Vous ne devez généralement pas prendre DoliGrippe pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'OPINION D'UN PHARMACIEN.

Effets indésirables

PPV: 20DH00
PER: 01/26
LOT: M325



ses sera d'autant

d'aspartame.

pendant la grossesse et

l'allaitement.

RE PHARMACIEN.



Mr YOUSSEF ABOUHIYANE

12/06/2023

FACTURE : 207/23

*ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT CINQUANTE DIRHAMS*

CodeFree™

- Substituta imediatamente a cápsula.
- Guarde sempre as faixas no contendor.
- Adequado para o autocontrolo.

PT

- Deckel sofort wieder schliessen.
- Streifen immer in Dose aufbewahren.
- Geeignet zur Eigenanwendung.

DE

- Refermer immédiatement le bouchon.
- Toujours laisser les bandelettes dans leur boîte.
- Utilisable en autocontrôle.

FR

- Richiudere immediatamente il coperchio.
- Conservare sempre le strisce nel contenitore.
- Per autocontrollo.

IT

- Sluit de deksel van het buisje direct na gebruik.
- Bewaar teststrips altijd in het buisje.
- Geschikt voor zelftesten.

NL

- Inchideti recipientul imediat dupa utilizare.
- Bandeletele de testare se pastreaza in recipientul original.
- Se foloseste pentru autotestare.

RO

- немедленно закройте крышку
после использования.
- всегда храните полоски в контейнере.
- подходит для самотестирования.

RU

- Kutunun kapağını hemen kapatıniz.
- Stripleri her zaman kutusunda muhafaza ediniz.
- Kendi kendine test için uygundur
Kullanım sonrası yalnızca dışarıda bırakın.

TR

No Coding

Σ 25 X 2 TEST

REF 01GS11

Cat. No.: 01GS11



Manufactured by

SD Biosensor, Inc.

Head office
4-th&5th, 16, Deogyeong-daero 1556beon-gil,
Yeongtong-gu, Suwon-si, Gyeonggi-do, 16690,
REPUBLIC OF KOREA

Manufacturing site
74, Oksaengnmyeong 4-m, Osong-eup,
Hapdeok-gu, Cheongju-si, Chungcheongbuk-do,
28161, REPUBLIC OF KOREA

www.sdbiosensor.com

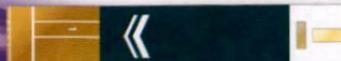
Authorized Representative

MT Promed Consulting GmbH
Altenhofstrasse 80 66386 St. Ingbert Germany
Phone: +49 6894 581020, Fax: +49 6894 581021

NEW

SD **BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM**
CodeFree™

Blood Glucose Test Strip **GOLD ELECTRODE**



SD BIOSENSOR

LOT 1033131AC1

2022-01-03

2024-01-02

(01)08809319399308

(11)220103

(17)240102

(10)1033131AC1



8 809319 399308

- Replace cap immediately.
- Always store strips in container.
- Suitable for self-testing.

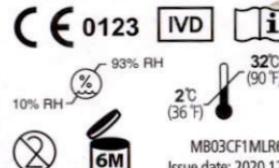
EN

- Tape de inmediato después de utilizar.
- Guarde siempre las tiras en el envase.
- Apto para el autocontrol.

ES

- Po otevření ihned uzavřete.
- Uchovávejte v originálním obalu.
- Vhodný pro sebetestování.

CZ



MB03CF1MLR6
Issue date: 2020.12

Mfg/ تاريخ الإنتاج

Exp:/ تاريخ الإنتهاء

11-2021

11-2023

Lot/ رقم التشغيلة

W012519

~~Distribué par MSD MAROC.~~
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

