

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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 92 07

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Anche Danna

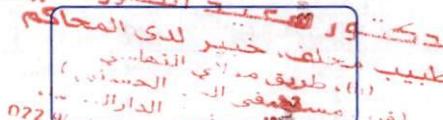
Date de naissance : 07/06/1959

Adresse : Hay Hantane magola, rue 7 ensemble 48
Casablanca

Tél. : 0677 62 26 55 Total des frais engagés : 11001.74 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : RA CHÉ CHAS

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

ALD

ALC

Pathologie :

HTA - Diabète

Affection longue durée ou chronique :

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
16 Aout 2022			 20000	 IPNE - 091069666

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMAGIE POLYCLINIQUE DR. Taha Abdellaziz 10th May Tharawat Hospital 2577 on 21	18-8-13	700.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A dental arch diagram showing upper and lower arches with numbered teeth (1 through 8) and directional markers D (left), G (right), H (up), and P (down).

[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

rès les Tribunaux

Casablanca, le : 16 AOÛT 2023

الدكتور سعد الخزولي

طبيب محلف
خبير لـ المحاكم

خبير لد الملاك
CHARTERED

الدار البيضاء، في :

X 3
PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Tham ~~2127~~ Hay Hassani
Tel: 0577-2127 - Casablanca

الكتاب السادس

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسني - الداالضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

KALEST 20 mg

[DCI: Oméprazole]

Gélules gastro-résistantes en boîtes de 7, 14 et 28

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

- Gardez cette notice, vous pourriez 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.

1. QU'EST-CE QUE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ET QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - Code ATC : A02BC01.

Indications thérapeutiques

KALEST 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il réduit la quantité d'acide produite par votre estomac.

KALEST 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Adultes

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* dans la maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite de reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Enfants à partir d'un an et ≥ à 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

Enfants de plus de 4 ans et adolescents :

- Association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutive à une infection par *H.pylori*.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE KALEST 20 mg, gélule gastro-résistante ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucrés, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais KALEST 20 mg si :

- Si vous êtes allergique à l'oméprazole dans ce médicament.
- Si vous êtes allergique à un autre Pantothenate, Lanzoprazole, Rabeprazole.
- Si vous prenez un médicament contre l'infection par le VIH.

Avertissements et précautions

Adresssez-vous à votre médecin de prendre KALEST.

KALEST peut masquer des symptômes avant que vous ne commenciez le traitement, vous devez informer votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

- Si vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à digérer.
- Si vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.
- Si vous vomissez de la nourriture ou du sang.
- Si vous avez des selles noires (teintées de sang).

- Si vous souffrez de diarrhée sévère associée à une faible augmentation de la température.
- Si vous avez des problèmes hépatiques.
- S'il vous est déjà arrivé de développer avec un médicament similaire à KALEST.
- Si vous devez faire un examen sanguin. Si vous prenez KALEST au long-cours, votre médecin vous surveillera probablement précisément tous les symptômes et événements quand vous voyez votre médecin.
- La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons sur une période supérieure à un an, peut entraîner une fracture de la hanche, du poignet ou si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous augmentez le risque d'ostéoporose.
- Une éruption sur la peau (peut être médicament avec des malaises).

LOT 201582
EXP 05/2023
PPV 42.00DH

LOT 220651
EXP 10/2024
PPV 42.00DH

LOT 220194
EXP 09/2024
PPV 30.00DH

LOT 211483
EXP 04/2024
PPV 42.00DH

LOT 220651
EXP 10/2024
PPV 42.00DH

LOT 220651
EXP 10/2024
PPV 42.00DH

Clartec®

Loratadine

Formes et présentations :

Comprimés : - Boîte de 30

- Boîte de 15

- Boîte de 10

Sirops : - Boîte de 1 Flacon de 60 ml

- Boîte de 1 Flacon de 120 ml

Composition :

Comprimé :

Loratadine (DCI) 10 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

Sirop :

Loratadine (DCI) 0,1 g
Excipients q.s.p 100 ml

Propriétés :

- Loratadine est un Antihistaminique sélectif d'action rapide et prolongée, compatible voie orale, dénué d'effets secondaires et doses thérapeutiques.

Indications :

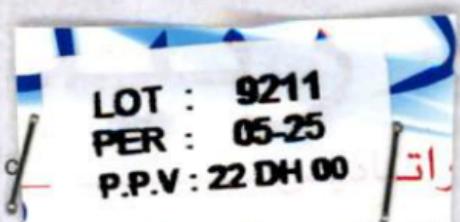
- Traitement symptomatique de la rhinite (rhinorrhée, fions), de la rhinite apériodique, de certains cas d'urticaire, ...).

- Traitement symptomatique des urticaires aiguës de l'enfant.



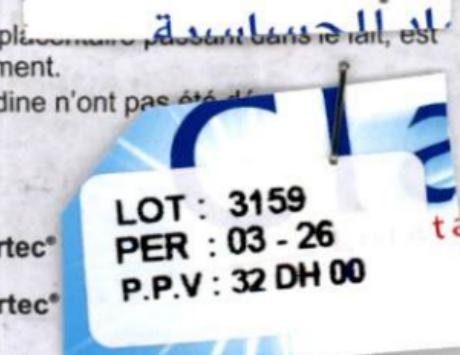
Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament
Enfants de moins de 2 ans



Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence et c.



Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière placentaire, passant dans le lait, est à éviter durant la grossesse et l'allaitement.

- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été établie chez les enfants de moins de 2 ans.

Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :

Poids corporel > 30 kg : 10 mg de Clartec® de sirop)

Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de Clartec® de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans : 1 comprimé par jour, de préférence le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes, la prudence est requise chez les patients atteints d'insuffisance hépatique très sévère.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité

Liste II

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée *immédiatement à votre médecin.*
- Signaler au médecin traitant toute éruption cutanée survenue lors de traitements par les antibiotiques.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association à d'autres médicaments n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a
82, Allée des Casuarinas – Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi – Pharmacien Responsable

LOCATOP® 0,1 %

Désonide 0,1%
Crème Usage local

LOCATOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V : 30DH00
LOT : 23E011
PER : 03 2026



6 118000 012061

■ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

Dénomination : LOCATOP® 0,1 %, crème

Composition qualitative / composition quantitative :

Désonide 0,1000 g

Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylique et
éther cétostéarylique de macrogol 1000

(EMULGADE 1000 NI), gallate de propyle, édétate
de sodium, acide sorbique, eau purifiée.

Pour 100 g.

Forme pharmaceutique : Crème, tube de 30 g.

Classe pharmaco-thérapeutique :

GLUCOCORTICOIDE TOPIQUE (D: Dermatologie)

■ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

■ ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *FAHIE CHAFA*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 // fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca