

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.



176981

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023869

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6755 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MUSTAPHA ELAMRI Date de naissance : 01/01/1963
 Adresse : Y.B. Rue Cheikh Maa ELAINE - A. RAHA
 Tél. : 065 695810 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/23
 Nom et prénom du malade : Khadija Hayat Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Asthénie HTA
 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 : 08/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

08/03/23	A	159,90		
----------	---	--------	--	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie SAMIA 15 Lotissement Al Oumnia BERRECHID t: 0689 180 710 - INPE: 062087416	08/03/23	250,80
--	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

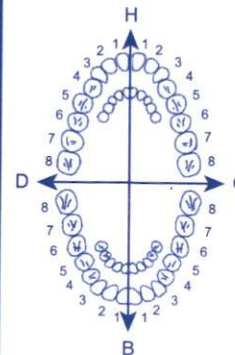
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

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

2027784000027

من جامعة "رين"

INPE : 061173340

Berrachid, le

Khalme Hazel

28.80 1) vitaminil fort

[illegible]

92,00 3) odymag 375

77.20 4/11/2018 18/8 10/8

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 99

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Prazol[®] 20 mg

oméprazole

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 conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. En cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV : 52DR
PER : 09/8
LOT : M/40

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol[®] 20 mg :

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison).

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.
- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.
- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :
1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :
1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :



OXYMAG[®] 375 mg

Magnésium marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Comprimés
Sans sucre
Sans sel



PRESENTATIONS :

Boîtes de 10 et 20 comprimés.

COMPOSITION :

Magnésium marin, Magnésium bisglycinate, Magnésium Povidone (Liant), Sorbitol (Agent de charge), Stéarate colloïdale (Agent d'écoulement), Hydroxy propyl cellulose

	Quantité
Magnésium	
Vitamine B2	
Vitamine B6	

OXYMAG[®] 375 mg
Magnésium marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Lot / Batch n° :

23137

Exp. date :

03/28

PPC (DH) :

92,00

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

(*) Dose journalière recommandée

PROPRIETES :

Le magnésium est présent dans tous les tissus et organes, il participe à la bonne marche de toutes les grandes fonctions de l'organisme sans exception, notamment : Métaboliques, musculaires, nerveuses, immunitaires...

OXYMAG 375 mg permet de compléter l'alimentation pour combler le manque magnésique dans l'organisme en fournissant 375 mg de magnésium élément (utilisable par l'organisme) ce qui correspond à 100% des apports journaliers recommandés.

POSOLOGIE :

Voie orale.

Pour adultes : 1 comprimé par jour.

CONSEILS D'UTILISATION :

Comprimé à avaler avec un verre d'eau.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Il est conseillé de prendre ce produit dans le cadre d'un régime alimentaire sain.

CONTRE INDICATIONS :

Hypersensibilité à l'un des composants.

Insuffisance rénale grave.

Myasthénie.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fermer le tube immédiatement après usage.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

Conserver dans un endroit frais et sec.



Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Maroc
Pharmacien responsable : O. MOTIL

TANZAAR®

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 lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

TANZAAR® 50 mg.

TANZAAR® 100 mg.

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Par comprimé

• TANZAAR® 50 mg

Losartan (DCL) potassique 50 mg

• TANZAAR® 100 mg

Losartan (DCL) potassique 100 mg

Excipients communs: Prosolv HD90, stéaryl fumarate de sodium, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline; Pelliculage: Sepifilm blanc.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimés pelliculés.

d) PRÉSENTATIONS

• TANZAAR® 50 mg : boîtes de 14 et de 28.

• TANZAAR® 100 mg : boîte de 28.

e) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTAGONISTE DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II, NON ASSOCIE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Les comprimés TANZAAR® sont indiqués :

- Dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle.
- Dans le traitement de l'insuffisance rénale chez les patients diabétiques de type 2 avec protéinurie : chez le diabétique de type 2, hypertendu, présentant une insuffisance rénale avec protéinurie > 0,50 g/j, le losartan ralentit la progression de l'atteinte rénale, en association avec d'autres traitements antihypertenseurs.
- Pour réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires chez des patients hypertendus ayant une hypertrophie ventriculaire gauche (le plus souvent en association à un diurétique thiazidique). Cette indication repose sur les résultats de l'étude LIFE.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'un des constituants du médicament.
- À partir du 2^e trimestre de la grossesse.
- Sténose bilatérale des artères rénales, sténose artérielle rénale sur rein unique.
- Au cours de l'allaitement.

b) MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

CE MÉDICAMENT NE DOIT ÊTRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE.

NE PAS LAISSER À LA PORTEE DES ENFANTS.

UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Hypersensibilité.

• Risque d'hyp

rénales, surtout

premières se

• Insuffisance

être apportée

patients ayant

maladie céré

• Insuffisance

en cas d'anté

• Insuffisance

et de la créa

chez le sujet

• Hyperkalié

agissant sur le système rénine-angiotensine-aldostérone est susceptible de provoquer une hyperkaliémie. Ce risque, potentiellement mortel, est majoré chez les sujets âgés, les insuffisants rénaux et les diabétiques, et/ou en cas d'association de plusieurs médicaments hyperkaliémants, et/ou lors de la survenue d'événements intercurrents.

• Enfant : En l'absence de données disponibles, l'utilisation du losartan n'est pas recommandée chez l'enfant.

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

c) INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Déconseillées :

- Diurétiques épargneurs de potassium, seuls ou associés, potassium (sels de) : hyperkaliémie potentiellement létale, notamment chez l'insuffisant rénal.
- Lithium : augmentation de la lithémie, pouvant atteindre des valeurs toxiques.

Nécessitant des précautions d'emploi :

- Acide acétylsalicylique (aspirine) pour des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) ou pour des doses antalgiques ou antipyrétiques (≥ 500 mg par prise et/ou < 3 g par jour) : insuffisance rénale aiguë chez le malade déshydraté et aussi, réduction de l'effet antihypertenseur.

• AINS (voie générale) : insuffisance rénale aiguë chez le malade à risque (sujet âgé et/ou déshydraté) par diminution de la filtration glomérulaire. Par ailleurs, réduction de l'effet antihypertenseur.

- Baclofène : majoration de l'effet antihypertenseur.
- Diurétiques hypokaliémants : risque d'hypotension artérielle brutale et/ou d'insuffisance rénale aiguë lors de l'instauration du traitement par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II en cas de déplétion hydrosodée préexistante.

Dans tous les cas, surveiller la fonction rénale (créatininémie) dans les premières semaines du traitement par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II.

A prendre en compte :

- Alphabloquants à visée urologique (alfuzosine, doxazosine, prazosine, tamsulosine, térazosine) : risque d'hypotension orthostatique majoré.
- Antihypertenseurs, sauf alphabloquants : risque d'hypotension

1 ملغ

PPV

LOT

PER

28,80



6. موانع الاستعمال:

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 8 سنوات.

- أشخاص ذوي الحساسية لبنتوثيرامين.

على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة باستثناء إذا ارتأى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من الضروري استشارة طبيبك أو صيدليكم

7. الآثار الغير مرغوب فيها:

لا ترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي أثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها هذه النشرة.

8. احتياطات خاصة:

بسبب تواجد لكثوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في حالة حساسية للفركتوز و تواجد الغالكتوز بكثرة في الدم ناتج عن مرض خلقي أو أعراض عدم امتصاص الغالكتوز والغالكتوز أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة). قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى:

اللاكتوز و السكروز.

احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا ترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم

9. التفاعلات الدوائية:

لغرض تقادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبك أو صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة:

ينصح بعدم أخذ فوئانزيريل * قوي عند المرأة الحامل، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج ينصح بقوي أطلعوا طبيبك على العموم يتعين خلال الحمل الرضاعة استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء

11. السائقون ومستعملو الآلات:

12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:

13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:

14. الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي

لا يترك في متناول الأطفال

تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتيبيديك

20-22، زقة الزبير بن العوام

الصخور السوداء، الدار البيضاء

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.
- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قراءتها مجددا.
- إذا كانت لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك، استشر الطبيب أو الصيدلي للمزيد من المعلومات
- لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصيا، لا يجدر بك إعطاؤه للآخرين فقد يؤذيهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عوارضك

2. التركيب النوعي والكمي:

بنفوتيرامين..... 100 ملغ
السواغ..... ما يكفي لقرص واحد
قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى: اللاكتوز و السكروز.

3. الصنف الصيدلي والعلاجي:

ينتسب بنفوتيرامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:

- علاج البري بري،
- الوقاية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في الاستهلاك الغذائي على سبيل المثال: سوء الامتصاص،
- الحماية الغذائية الغنية بالبروتينات، التغذية بالحقن و بالاشترك مع غيرها من الفيتامينات،
- ينصح به الأشخاص الذين يشكون من التهاب الأعصاب ويتعاطون للمشروبات الكحولية،
- ينصح به في حالة التهاب الأعصاب،
- يستخدم بتركيزات عالية في بعض متلازمات الألم.

5. المقدار/طريقة الاستعمال:

المقدار:

2 إلى 4 أقراص خلال 24 ساعة.

في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبك

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم

مدة العلاج:

تقيدوا بوصفة طبيبك