

## 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

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7805	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENATIA KAWTHAR
Nom & Prénom : BENATIA KAWTHAR			
Date de naissance : 29-06-1968			
Adresse : 22, Rue 3 lot Bellavue Cali Foomie			
Tél. :	0661322093	Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. MANNI Dounia NEUROLOGUE N° 01, Imm. 8, Bd. El Oued Ain Chock - CASABLANCA			
Date de consultation :	26-9-19	Age : 51 ans	
Nom et prénom du malade : BENATIA KAWTHAR			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Migraines - PAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 OCT. 2019			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel ou sensibili, je renseigne sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18 / 10 / 19

Signature Ram

@

### 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
25.9.19	g/s		7250 D.D.I.	MANNI NEUROLOGUE 09171108

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires
PHARMACIE ARIJ SARL AU Route 1029 Ouled Saïd - Casablanca Tél : 05.22.21.90.07 - Casablanca	25/09/19	166.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b>				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G				
B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalogramme (vidéo-EEG)
- Electro Neuromyogramme (ENMG)



الدكتورة دنيا ماني

- أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
- التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
  - التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 25 - 9 - 19 الدار البيضاء في :

Dr. BENATIA . KAWTAR

35.30

1 Brufen 400 1 - 0 - 0

15. ~

2 Panologic 1 - 2 - 1

96. ~

3 Benazodro 1 - 0 - 0

PHARMACIE ARIJ  
SARLAU  
Route 1029 Ouled Said - California  
Tel : 05 22 21 90 07 - Casablanca  
RC : 36 14 21

Si migraine

PHARMACIE ARIJ  
SARLAU  
Route 1029 Ouled Said - California  
Tel : 05 22 21 90 07 - Casablanca  
RC : 36 14 21

Dr. MANNI Dounia  
NEUROLOGUE  
N° 01, Immeuble Al Qods  
Avenue Al Qods, Casablanca

شارع القدس، الضمان، عماره 8 الطابق السفلي، رقم 1 - عين الشق - البيضاء  
Avenue Al Qods, Addamane Immeuble 8, Rez de Chaussée N° 1 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: +212 5 22 21 51 86 / GSM : +212 6 26 74 84 02 - E-mail : mannineurologue@gmail.com

# PANALGIC®

Paracétamol et caféine



## COMPOSITION

Paracétamol (DCI).....	500 mg
Caféine (DCI).....	50 mg
Excipients q.s.p.....	

.....1 comprimé ou 1 comprimé effervescent

## FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

### **PANALGIC®, comprimés effervescents**

Boîte contenant 1 tube de 16 comprimés effervescents dosés à 500 mg de paracétamol et 50 mg de caféine.

### **PANALGIC®, comprimés**

Boîte contenant 16 comprimés dosés à 500 mg de paracétamol et 50 mg de caféine, sous plaquettes thermoformées.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Médicaments contre la douleur et la fièvre.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

PANALGIC® est indiqué dans le traitement des symptômes de la fièvre et les douleurs.

## ATTENTION !

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

- Allergie au paracétamol ou à la phénacétine.
- Allergie à l'un des excipients de la préparation.
- Maladie grave du foie.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES et PRECAUTIONS D'EMPLOI

La prudence s'impose en cas d'atteinte hépatique légère, d'atteinte rénale grave, de déficience en glucose 6 phosphate-déshydrogénase et en cas d'alcoolisme.

Ce médicament contient du paracétamol. Ne pas dépasser les doses prescrites ou recommandées, ni prolonger le traitement.

Si des symptômes persistent, consultez votre médecin traitant. Chaque comprimé effervescent contient 316,56 mg de

NE PAS HESITER

VOTRE MEDECIN

**INTERACTIONS N**

**AUTRES INTERA**

AFIN D'EVITER D'EV

ENTRE PLUSIEURS

SIGNALER SYSTEMA

TRAITEMENT EN CO

OU A VOTRE PHARM

cas de traitement par l'a

ou autres médicaments an-

le métoclopramide, la cholestyramine et le charbon activé.

Ne pas utiliser PANALGIC® en cas de prise de barbituriques ou de boissons alcoolisées.

Le paracétamol peut induire des perturbations dans la mesure de la glycémie et le dosage de l'acide urique sanguin. Le risque de saignement est accru en cas de prise concomitante d'anticoagulants oraux.

La prise de 2 g (soit 4 comprimés effervescents ou 4 comprimés) par jour de paracétamol pendant une période prolongée peut accroître le risque de saignement. Consultez votre médecin.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS PREVENIR VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

Les comprimés effervescents et les comprimés PANALGIC® peuvent être pris pendant la grossesse et l'allaitement, pendant toutefois une période aussi brève que possible.

SI VOUS DECOUVREZ QUE VOUS ETES ENCEINTE PENDANT LE TRAITEMENT, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN CAR LUI SEUL PEUT JUGER DE LA NECESSITE DE LE POURSUIVRE.

**LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS**

Lactose, sodium (comprimé effervescent).

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

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

## POSOLOGIE

1 comprimé effervescent ou 1 comprimé toutes les 6 à 8 heures, selon les besoins.

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE

LOT 191335 1  
FYP 06 2021  
PPV 15.00



primé  
ement.  
n peu

S LE  
TRE

oins 4  
rimés  
primés

as.  
onsultez

# BRUFEN® 400mg

## Ibuprofène

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

### I. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT :

#### FORME/PRÉSENTATION :

Comprimé pelliculé, boîte de 30.

#### COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :

Ibuprofène ..... 400 mg

Pour un comprimé pelliculé

**EXCIPIENTS** : noyau : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, lactose monohydraté, silice colloïdale anhydre, laurilsulfate de sodium, stéarate de magnésium. Pelliculage : hypromellose, Talc, OPASPRAY blanc M-1-7111B (hypromellose, dioxyde de titane (E171)).

#### CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoires, antirhumatismaux, non stéroïdiens.

### II. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

#### INDICATIONS :

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène. Il est indiqué chez l'adulte (de 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 (tendinites, bursite, épaule douloureuse aiguë),
- douleurs aiguës d'arthrose,
- certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs lombaires aiguës
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et oedèmes liés à un traumatisme,
- fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles dououreuses.

### III. QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE BRUFEN 400MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ?

#### CONTRE INDICATIONS :

Ne prenez jamais BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

- à partir du 6ème mois de grossesse,
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie aux autres constituants du comprimé,
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- lupus érythémateux disséminé,

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

#### MISE EN GARDE SPÉCIALE :

A forte dose, supérieure à 1200 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut provoquer des inconvenients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

#### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, PREVENEZ VOTRE MEDECI

- d'antécédent d'Asthme associé à une rhinite chronique
- L'administration de cette spécialité peut entraîner une réaction allergique à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf contre-indication)
- de prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut augmenter l'efficacité d'un anticoagulant.
- d'antécédents digestifs (hémorragie hémorragique, ulcère, hémorragie digestive)
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.



35,00

le nez  
allergiques  
graves.  
ciens),

# BELMAZOL® 20 mg

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 MEDICAMENT

### a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole ..... 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin (E132), gélatine.

### c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et 28 gélules.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- 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 (H pylori) dans la maladie ulcéruse gastro-duodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-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 par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

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

Enfant de plus de 4 ans et adolescent :

- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par Helicobacter pylori.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazoliés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le nefirnavir.

### b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé.
- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque d'infections

## 4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

### a) POSOLOGIE USUELLE

Adulte :

Traitement des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

Prévention des récidives des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement des ulcères gastriques : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

Prévention des récidives des ulcères gastriques : Chez les patients faiblement répondeurs : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Eradication de Helicobacter pylori dans la ma-

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithro-  
par jour pendant une semaine.

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithro-  
500mg ou tinidazole 500mg), chacun 2 fois par j-

- soit 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg une fois  
(ou 500 mg ou tinidazole 500 mg), chacun des

Si le patient présente encore H pylori après cel-

Traitement des ulcères gastriques et du

BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 se-

Prévention des ulcères gastriques et duo-  
risque (âge > 60 ans, antécédents d'ulc-

digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20

Traitement de l'œsophagite par reflux : 1

Traitement d'entretien des patients après  
augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 i

Traitement du reflux gastro-œsophagien  
pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-EI-  
80 mg par jour, la dose journalière devra é-

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyro-

gastro-œsophagien : la posologie recom-

œsophagite par reflux : la posologie recom-

Enfant de plus de 2 ans et > 20 kg :

Traitement symptomatique du py-

gastro-œsophagien : la posologie recom-

œsophagite par reflux : la posologie recom-

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal asso-

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg-  
mg/kg de poids corporel sont adminis-

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 m-

corporel administré simultanément 2 :

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20  
simultanément 2 fois par jour pendant

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE  
VOTRE MEDECIN.

### b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazo® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de les

LOT ..

EXP ..

PPV ..

06-10  
06-10  
06-10