

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-483548

MP = 24778
 Optique Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <i>6001</i>	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <i>Souni Abdellah, Ppol</i>		
Date de naissance : <i>14.11.1964</i>		
Adresse : <i>17 Rue SADJA T-SEJAS BÉNÉFICIOS</i>		
Tél. : <i>0656004650</i>	Total des frais engagés : <i>3375</i> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>27/02/2020 Souni Abdellah, Ppol</i>	
Date de consultation : <i>27/02/2020</i>	Age : <i>56</i>
Nom et prénom du malade : <i>Souni Abdellah, Ppol</i>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>AGG</i>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>AGG</i>	
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) :

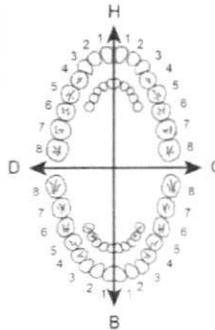
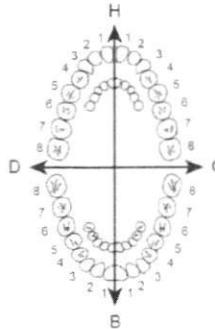
Le : *1/3/2020*

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	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
	H				
	D				
	B				
	G				
	[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 HAMZA Bachir

Médecine Générale

Diplômé en Diabétologie
Diplômé en Diététique Médicale
Diplômé en Médecine du Sport
Diplômé en Médecine du Travail
Diplômé en Expertise Médicale
Expert auprès des Tribunaux



ORDONNANCE

Berrechid le : 21/01/2010

Nom & Prénom : Dr. Beni Abdellah,

79,00
4 Apixol 500 mg
34,00 4 Humez 2ml de ferte FR
60,00 87 A2 G
14,50 41 Dolostix 100 mg
T, 187,50

Visite de contrôle le :

Signé : Dr. HAMZA Bachir
Médecine Générale
20, Bd Hassan II Tisir 1
TéléFax: 022.32.53.53

20, Bd HASSAN II Tisir 1, Berrechid • GSM : +212(0)522 325 353 • الهاتف/fax : +212(0)522 325 353 • البريد الإلكتروني : dr.hamza55@gmail.com

Apixol®



Solution buvable

FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixol® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixol® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

PROPRIETES :

Apixol®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée aï, à dégager et apaiser les voies respiratoires et à améliorer le confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant l'organisme.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

CONSEILS D'UTILISATION :

Apixol® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Apixol® Enfants : - Moins de 4 ans : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.



8 032578 477337

Lot: 190740

À consommer
avant le: 11/2022

PPC: 79,00 DH



Azithromycine

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

- Comprimés 500 mg - Boîte de 3 sous plaque thermoformée Alu/PVC.
- Gélules 250 mg - Boîte de 6 sous plaque thermoformée Alu/PVC.
- Poudre pour suspension buvable 200 mg /5 ml - Flacons de 15 et 30 ml.

COMPOSITION :

AZ® Comprimés 500 mg :
Azithromycine (sous forme dihydrate) 500 mg
Excipient QSP 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose.

AZ® Gélules 250 mg :
Azithromycine (sous forme dihydrate) 250 mg
Excipient QSP 1 gélule

Excipients à effet notoire : Lactose.

AZ® Poudre pour suspension buvable :
Azithromycine (sous forme dihydrate) 200 mg
Excipient QSP 5 ml
Excipients à effet notoire : Saccharose – Parahydroxybenzoate de méthyle.

PROPRIÉTÉS :

Antibactérien à usage systémique (anti-infectieux).

Antibiotique de la famille des macrolides, classe des azalides, Code ATC : J01FA10.

INDICATIONS :

Traitements des infections dues aux germes définis comme sensibles :

AZ® comprimés 500 mg et gélules 250 mg :

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.

- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
- Infections stomatologiques.

AZ® Poudre pour suspension buvable :

- Angines à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé chez l'enfant à partir de 3 ans.

- Comme avec l'érythromycine et d'autres macrolides, de rares réactions allergiques graves à type d'œdème de Quincke et de réactions anaphylactiques ont été rapportées.

- En raison de la présence de saccharose dans la suspension, ce médicament est contre-indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en sucrase-iso.

- La suspension AZ® contient du saccharose.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse :

- Il est préférable, par précaution, d'interrompre l'azithromycine au cours du 1er trimestre.
- En raison du bénéfice attendu, l'utilisation peut être envisagée à partir du 2e trimestre si nécessaire.

Allaitements :

Chez la femme allaitante, l'azithromycine ne sera administrée que sous avis du médecin.

En cas de doute, demandez à votre pharmacien.

AZ® est un médicament pour enfants.

EFFETS INDESIRABLES :

Possibilité de survenue de :

- Candidose.
- Thrombocytopénie.
- Réactions d'hypersensibilité, exceptionnellement Quincke.
- Rares cas d'agressivité, nervosité, agitation et anxiété.
- Sensations vertigineuses, rares cas de convulsions.
- Rares cas de dysgueusies et/ou dysosmie pouvant aller jusqu'à l'agueusie et/ou l'anosmie.
- Rares cas de troubles de l'audition avec acouphène ou surdité, réversibles dans la majorité des cas.
- Rares cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes.
- Nausées, vomissements, dyspepsie, diarrhée (rarement sévère), gêne abdominale, pancréatite, rares cas de colites pseudomembraneuses.
- Augmentation des enzymes hépatiques réversible à l'arrêt du traitement.
- Rares cas de nécrose hépatique et d'insuffisance hépatique.
- Des cas isolés d'hépatite cholestastique.
- Rash cutané, photosensibilité, urticaire, prurit.



6 118000 190097



HUMEX

MAL DE GORGE

PASTILLES
Biclotymol 20 mg

HUMEX 20 mg
MAL DE GORGE

12 PASTILLES-MIEL CITRON

6 118001 110735



LOT:A00081
PER:01/2021
PPV:34,00 dh

Lisez attentivement cette notice car elle contient des informations importantes

- La persistance des symptômes, l'aggravation ou l'apparition de nouveaux symptômes peuvent imposer de prendre un avis médical.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien.

MISES EN GARDE SPECIALES
NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

L'usage prolongé (plus de 5 jours) de ce médicament n'est pas souhaitable car il est susceptible de modifier l'équilibre microbien de la bouche et de la gorge.

En cas de survenue :

- de fièvre
- de crachats purulents,
- d'une gêne à la déglutition des aliments, comme en cas d'aggravation ou d'absence d'amélioration au bout de 5 jours, PRENEZ L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS NOCIVES ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNALEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT TRAITEMENT EN COURS, en particulier avec d'autres antiseptiques locaux. Cette pastille à sucer contient un antiseptique, le biclotymol. D'autres médicaments destinés au traitement local des affections de la bouche et de la gorge en contiennent. Ne les associez pas, afin d'éviter d'éventuelles interactions. Ne dépassiez pas les doses maximales conseillées (voir mode d'emploi et posologie).

SI VOUS ÊTES ENCEINTE OU SI VOUS ALLAITEZ,
Ne prenez pas ce médicament sans avoir demandé l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

COMPOSITION POUR UNE PASTILLE :

Biclotymol..... 20,00 mg

Excipients : Saccharose, glucose liquide.

Pastilles orange : Arôme orange, jaune orangé S.

Pastilles miel citron : Miel de châtaignier, arôme citron 9722, huile essentielle de menthe poivrée.

FORME PHARMACEUTIQUE : Pastilles, boîte de 12.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTISEPTIQUE LOCAL(R=système respiratoire)

DANS QUELS CAS POUVEZ-VOUS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans le traitement de courte durée (5 jours) des maux de gorge peu intenses, sans fièvre.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE DEVEZ-VOUS PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

VOUS NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament en cas d'antécédent d'allergie aux antiseptiques de la classe des biphenols.

VOUS NE DEVEZ PAS DONNER ce médicament aux enfants de moins 6 ans.

EN CAS DE DOUTE, VOUS DEVEZ DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN DE VOTRE PHARMACIEN.

Dolostop®

Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg, comprimé

DOLOSTOP 1000 mg, comprimé

DOLOSTOP 500 mg, comprimé effervescent

DOLOSTOP 1000 mg, comprimé effervescent

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 pharmacien.

PRÉSENTATION

DOLOSTOP 500 mg comprimé, boîte de 20.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé, boîte de 8.

DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, boîte de 16.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, boîte de 8.

COMPOSITION

Substance active : Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg comprimé, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

Excipients

DOLOSTOP 500 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé

DOLOSTOP 1000 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé

DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé

- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.
- En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, DOLOSTOP doit être utilisé avec précaution.
- Dolostop 500 mg comprimé effervescent contient 366 mg de sodium par comprimé effervescent. DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent contient 418 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Signalez que vous ou votre enfant prenez Dolostop si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang.

Si vous ou votre enfant prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS, LES BOISSONS ET L'ALCOOL

Sans objet

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament

SPORTIFS

Sans objet

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VÉHICULES OU À UTILISER DES MACHINES

Sans objet

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE

- DOLOSTOP 500 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg comprimé : Sans objet
- DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent et DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent : Sodium

POSÉLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

DOLOSTOP 1000 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg comprimé

· Malnutrition chronique

· Déshydratation

Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg

Les comprimés sont à avaler tels quels, avec de l'eau, du lait, du jus de fruit.

DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg effervescent

Laisser dissoudre complètement dans l'eau immédiatement après.

Fréquence d'administration

Les prises régulières peuvent être effectuées une ou deux fois par jour.

Chez l'enfant, elles doivent être effectuées une ou deux fois par jour, de préférence de 6 heures.

Chez l'adulte, elles doivent être effectuées une ou deux fois par jour, de préférence de 8 heures.

DURÉE DU TRAITEMENT

La durée du traitement est limitée.

· à 5 jours en cas de douleurs

· à 3 jours en cas de fièvre Si les douleurs persistent plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

SURDOSSAGE

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir en urgence un médecin.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDÉSIRABLES

Dolostop® 500mg
Boîte de 16 comprimés effervescents



6 118000 094180

14,50