

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Declaration de Maladie

N° W19-512181

ND: 29953

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10.960		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HARCHACHE ABDELLAH		
Date de naissance : 02/05/1960		
Adresse : RAM. MEKNES		
Tél. : 0662468467	Total des frais engagés : 415,00	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur Noureddine HARCHA OMNIPRATICIEN Expert Assermenté Auprès les Tribunaux 9, Rue de Paris - MEKNES Tél. : 05.35.52.46.21 </div>		
Date de consultation :	24 MARS 2020	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan	
Nature de la maladie :	HARCHACHE ABDELLAH	
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'adhérent conseil de la Mutuelle.		

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

Fait à : Rabat Le : 24/03/20

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Matures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24 MARS 2014	C	1	200,-	INP 13107384

Docteur Noureddine HARCHA

OMNIPRACTICIEN

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

9, Rue de Paris - MEKNÈS

Tel : 05.35.52.46.21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE

Rond Point Caméra

Amina AZEMMOUI ET ORISSI

F. Av. Med.V Meknes Tel : 05 35 52 04 08

INPE:132050972

Date

Montant de la Facture

21/03/2014 215.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DEBUT D'EXECUTION		
FIN D'EXECUTION		
COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXECUTION		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE
H

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DOCTEUR Noureddine HARCHA

Diplômé De La Faculté De
Médecine De Rabat

OMNIPRATICIEN

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

INP : 131 073 843



الدكتور نور الدين درشة

خريج كلية الطب بالرباط

الطبيب العام

خبرير محلـف لدى المحاكم

Meknès le, مكناس في :

24 MARS 2020

Nom : HARCHA Nour
Age : 18 ans

- Zedong 6 n 98.50 14 f sur
- Cotifred 20 18.50 2cf moins 14 m 07 f au repos
- Nizoral 75.00 2f/sem 2f/sem
215.00

PHARMACIE
Rond Point Caméra
Amina ZEMMOUGUE EL FARISSI
7 Av Med V Meknes Tel : 05.35.52.04.08

Docteur Noureddine HARCHA
OMNIPRATICIEN
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux
9, Rue de Paris - MEKNES
Tél. : 05.35.52.46.21

9. زنقة باريس - مكناس - الهاتف و الفاكس : 05.35.52.46.21 النقال : 06.61.18.37.50

9, Rue de Paris - Mèknes - Tél.& Tax : 05.35.52.46.21 - GSM : 06.61.18.37.50

NAZAIR® 50µg /dose

Suspension pour pulvérisation nasale
Propionate de fluticasone

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.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination

NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Forme pharmaceutique et présentations

Suspension pour pulvérisation nasale, boîte de 1 flacon pulvérisateur avec pompe dosseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,30 µg
Équivalent en fluticasone 50 µg

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phénylethylique, eau purifiée, q.s.p une pulvérisation.

Classe pharmaco-thérapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Indications :

Ce médicament contient un corticoïde. Il s'administre par voie nasale.

C'est un médicament anti-inflammatoire indiqué:

- en traitement de la rhinite allergique chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans et uniquement en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) chez l'enfant de 4 à 12 ans.
- pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales chez l'adulte.

3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

Contre indications :

Ne prenez jamais NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale dans les cas suivants:

- allergie à l'un des composants,
- trouble de la coagulation sanguine avec en particulier saignements de nez,
- en cas d'infection herpétique nasale, buccale, orale ou oculaire.

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

Faites attention avec NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (mouchage purulent), de fièvre ou d'infection broncho-pulmonaire concomitante, prévenir votre médecin.

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi récemment une intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez, tant que la guérison n'est pas complète.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Son efficacité sur les symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après le début du traitement.

Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être libres.

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du produit.

Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré la mise en route du traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitement.

En cas de traitement prolongé, un examen détaillé de la muqueuse nasale doit être réalisé.

Excipients à effet notoire : En raison de la présence du chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une gêne respiratoire.

EN CAS DE DOUCE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACEIN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions :

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

Sportifs

Attention cette spécialité contient un principe actif positif des tests pratiqués lors des contrôles.

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

Il est peu probable que NAZAIR® 50µg/dose nasale ait des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

Posologie :

- Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans: 200 µg par dose de narine 1 fois par jour le matin.
La posologie maximale est de 2 pulvérisations.

Enfant de 4 à 12 ans: en traitement de la rhinite allergique, 100 µg par jour soit 1 pulvérisation matin.

La posologie maximale est de 1 pulvérisation matin.

La mise en route et la durée du traitement sont indiquées ci-dessous.

- Polyposie nasosinusienne:

Traitement d'attaque: 400 µg par jour, soit 2 doses de narine 2 fois par jour, matin et soir.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu, le traitement d'entretien: 200 µg par jour, soit 1 dose de narine, une fois par jour le matin.

Dans tous les cas il convient de toujours consulter son médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER AU MEDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale.

- Mouchez-vous doucement pour assécher les fosses nasales.
- Agitez doucement le flacon.
- Retirez le capuchon protecteur de l'applicateur latérales.

• Bouchez une narine, penchez légèrement la tête vers l'arrière et vers la verticale; insérez doucement l'applicateur nasal de haut en bas sur la collerette pour libérer le médicament dans la narine avant de répéter l'opération pour l'autre narine.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'applicateur nasal et remettez-le dans le flacon.

Lors de la toute première utilisation de ce flacon, il convient de le laver avec de l'eau tiède et de le sécher complètement. Puis, appliquez une petite quantité de produit dans le flacon. Pressez jusqu'à obtention d'une fine poudre.

Fréquence d'administration :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER AU MEDECIN.

Durée de traitement

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER AU MEDECIN.

Ne pas augmenter ou diminuer la dose sans avis de votre pharmacien.

Nettoyage

NAZAIR® 50 µg/dose doit être nettoyé au moins une fois par mois.

Procéder comme suit :

1. Détacher le pulvérisateur du flacon.
2. Laver le pulvérisateur et l'obturateur dans l'eau en excès, laisser sécher dans un endroit sec.
3. Replacer le pulvérisateur et l'obturateur dans le flacon.
4. Si le pulvérisateur est bouché, le retirer et le laver.

ZADRYL® 10 mg

Comprimés pelliculés sécables

Boîtes de 15 et de 30 comprimés

Cétirizine Dichlorhydrate

- 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative :

Comprimés :

CETIRIZINE (DCI) DICHLORHYDRATE 10 mg

Excipients.....q.s.p..... 1 comprimé

EXCIPENT A EFFET NOTOIRE :

Lactose.

Classe pharmaco-thérapeutique :

Antihistaminique H1 non anticholinergique.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Contrairement aux antihistaminiques plus anciens,

ZADRYL® n'a pas d'effets atropiniques ni, dans la majorité des cas, d'effet sédatif.

Il est utilisé dans le traitement des manifestations allergiques diverses : symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle, urticaire.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE :

- Adulte et adolescent de plus de 12 ans : 10 mg 1 fois par jour, soit un comprimé.
- Enfant de 6 à 12 ans : 5 mg 2 fois par jour soit ½ comprimé.
- Chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée à sévère, la dose sera réduite à 5 mg une fois par jour ou tous les deux jours selon la sévérité de l'insuffisance rénale (clairance de la créatinine).

Si vous pensez que l'effet de ZADRYL est trop faible ou trop fort, consultez votre médecin.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler avec une boisson, indifféremment pendant ou en dehors des repas.

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

DUREE DU TRAITEMENT :

N'arrêtez pas de vous-même le traitement.

Dans tous les cas, conformez-vous strictement à l'ordonnance de votre médecin.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité connue à la Cétirizine ou à l'un des composants ;

- Cas d'insuffisance rénale grave ;

- Enfants de moins de 6 ans.

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, **ZADRYL®**, EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, SURTOUT DURANT LA PREMIERE OU LES DEUX PREMIERES SEMAINES DE TRAITEMENT.

- Somnolence, fatigue, vertiges, céphalée, maux de tête et plus rarement, sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation.

- D'autres effets indésirables ont également été observés : peu fréquemment : nausées, diarrhée, agitation, douleur abdominale, fourmillement des extrémités, éruption cutanée, asthénie (fatigue extrême), malaise, paresthésie, prurit ;

- rarement : convulsions, confusion, tachycardie, augmentation des transaminases réactions allergiques, parfois graves, anomalie du fonctionnement du foie, prise de poids, mouvements anormaux, agressivité, dépression, hallucination, insomnie, urticaire ;

- très rarement : thrombocytopenie, tremblements, altération du goût, œdème de Quincke, diminution du nombre des plaquettes sanguines, vision floue, crises oculogyrées (mouvements circulaires incontrôlés des yeux), syncope difficulté à uriner, tic, érythème pigmenté fixe.

VOUS AVEZ RESENTEZ UN EFFET INDESIRABLE SUSCEPTIBLE D'ETRE DUE AU CE MEDICAMENT, INFORMEZ IMMEDIATEMENT VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Des précautions sont nécessaires en cas d'épilepsie ou d'antécédent de convulsions.

Bien qu'aucune interaction nette n'ait été constatée avec l'alcool, évitez la prise de boissons alcoolisées pendant le traitement.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

EN CAS DE DOUBTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoate sodique) exprimé en base 20 mg
Excipient q.s.p..... 1 comprimé.
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés **solubles effervescents** avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

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

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.