

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.



Declaration de Maladie

N° W19-512181

ND: 29953

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 40.260 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ 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

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 MARS 2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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, communiqué les renseignements sous pli confidentiel à l'at: médecin 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 : Le : 24/03/20

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@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
24 MARS 2020	C	1	200,00	INP: 13107384

Docteur Noureddine HARCHA
OMNIPRATICIEN

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

9, Rue de Paris - MEKNES

Tel. : 05.35.52.46.21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Rond Point Caméra Amina AZEMMOURI EL TORISSI F. Av. Méd. V Meknes Tél. 05 35 52 04 08 INPE: 132050972	24/03/20	215,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

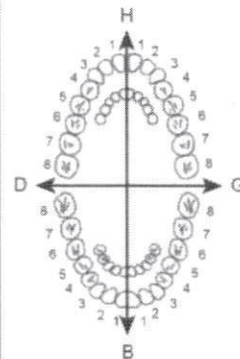
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

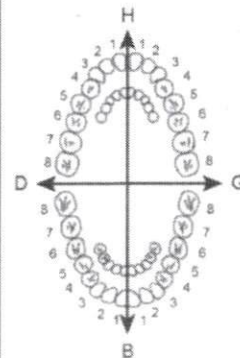
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

DOCTEUR Nouredine HARCHA

Diplômé De La Faculté De
Médecine De Rabat

OMNIPRATICIEN

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

INP : 131 073 843



الدكتور نور الدين حرشة

خريج كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

Meknès le, **2 4 MARS 2020** مكناس في

Nom : **HARCHA**

Age : **35**

- Fedryl 600
91.50 14 h soir

- Cotipred 20 500 mg

48.50 2cf matin
14cf midi 07 h au repos

- Nizor

75.00 2/week
2/week

215.00

PHARMACIE
Rond Point Caméra
Amina ZEMMOUR EL MORISSI
2, Av Med V Meknes Tel : 05 35 52 04 08

Docteur Nouredine 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 - Meknes - 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 doseuse assurant 100 doses de 50 µg.

Composition

Propionate de fluticasone (DCI) 50,30 µg

Equivalent en fluticasone 50 µg

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phényléthylique, 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 DOUTE, 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 DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

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 qui peut donner une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse et l'allaitement que si le médecin l'a jugé nécessaire.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte ou que vous allaitez, informez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité d'utiliser ce médicament. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines : L'usage de NAZAIR® 50µg/dose nasale a des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

Posologie :

• Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 200 µg par jour, 1 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 2 pulvérisations par jour.

Enfant de 4 à 12 ans : en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) uniquement : 100 µg par jour soit 1 pulvérisation par jour.

La posologie maximale est de 1 pulvérisation par jour.

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

• Polyposse nasosinusienne :

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

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

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

En cas de persistance des troubles ne pas hésiter à consulter votre médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A LA POSOLOGIE INDICEE.

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'aplicateur.

• Bouchez une narine, penchez légèrement la tête en avant, insérez doucement l'aplicateur dans la narine avant de répéter l'opération pour l'autre narine.

• Répétez l'opération pour l'autre narine.

• Essuyez l'aplicateur nasal et remettez-le dans son emballage.

Lors de la toute première utilisation du produit, il est recommandé de nettoyer celui-ci depuis une semaine ou plus, avec de l'eau et du savon.

Sur la collerette avec l'index et le majeur, appuyez jusqu'à l'obtention d'une fine gouttelette.

Fréquence d'administration :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A LA POSOLOGIE INDICEE.

Durée de traitement

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A LA DURÉE DE TRAITEMENT INDICEE.

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

Nettoyage

NAZAIR 50 µg/dose doit être nettoyé avec de l'eau et du savon.

Procéder comme suit :

1. Détacher le pulvérisateur du flacon.

2. Laver le pulvérisateur et l'obturateur dans de l'eau en excès, laisser sécher dans un endroit aéré.

3. Replacer le pulvérisateur et l'obturateur dans le flacon.

4. Si le pulvérisateur est bouché, le retirer et le nettoyer.

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 allergiques 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 DOUTE, 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 : thrombocytopénie, tremblements, altération du goût, œdème de Quincke, diminution du nombre des plaquettes sanguines, vision floue, crises oculogyres (mouvements circulaires incontrôlés des yeux), syncope, difficulté à uriner, tic, érythème pigmenté fixe.
- VOUS AVEZ RESSENTI UN EFFET INDESIRABLE SUSCEPTIBLE D'ETRE DU A 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'antécédents 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 DOUTE 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'EVENUELLES 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, bédridil, 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.