

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



N° W19-510521

N° D: 36340

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7176 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARISSI REDOUANE

Date de naissance : 07/03/1964

Adresse : MAY EL WALIMA TR16 SEC 2 IM 1 Casa

Tél. : 0671 782578 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : FAOUZI ASMA

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

Nature de la maladie : Affection de longue durée

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 03/08/2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-510521

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/08/20	156

[illegible][illegible]

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

[illegible]

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														

[Création, remont, adjonction]		DES SOINS
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

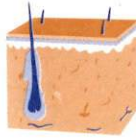
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement
Transmissibles Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles
Greffe des cheveux
Cosmétologie - Laser

Ancien Interne du CHU de Lille
Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy
Ancien Assistant du CHU de Bruxelles
Ancien Médecin des Hôpitaux militaires
Membre de la société Française de Dermatologie



الدكتور عبد الله مورتاكي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية
أمراض الجلد عند الأطفال
جراحة الجلد و الأظافر
زرع الشعر
طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل
رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي
مساعد سابق بمستشفى بروكسل
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية
عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le 23/08/2010 في الدار البيضاء.

FAROU ANAA

37.80

1/ EFFICAC

1/ 66.80

Flamazine

3/ 52.00

3/ 52.00

131 شارع عبد المومن، إقامة جوهره عبد المومن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 20 92 80 / الفاكس: 05 22 49 15 85

131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10

Casablanca - Tél.: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 49 15 85 - E-mail: abdmortaki@yahoo.fr

Patente: 36363774 - IF: 42044012 - CNSS: 8080054 - ICE: 001691516000063 - INPE: 091163006

CETIRAL®

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

CETIRAL®

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

• **Comprimé pelliculé :** Par comprimé : 10 mg
Cétirizine (DCI) dichlorhydrate.
Excipients : Cellulose microcristalline, lactose monohydraté, croscopolone, silice colloïdale anhydre, carbonate de magnésium.
Pelliculage : hypromellose, macrogol stéarate, cellulose microcristalline, propylène glycol, dioxyde de titane E 171, eau purifiée.

• **Solution buvable :** Par ml : 1 mg
Cétirizine (DCI) dichlorhydrate.
Excipients : Propylène glycol, glycérol, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, acétate de sodium, acide acétique, saccharine sodique, sorbitol, arôme de banane, eau purifiée.

c) FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS

• Comprimé pelliculé : Boîte de 15.
• Solution buvable : Flacon de 60 ml accompagné d'une pipette graduée jusqu'à 5 ml (1 dose équivaut à 5 ml).

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Dérivés de la pipérazine (Code ATC : R06AE07).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

- Comprimé - Adultes et enfants de 6 ans et plus.
- Solution buvable : Adulte et enfant à partir de 2 ans.
- Traitement des symptômes nasaux et oculaires des rhinites allergiques saisonnières et perennuelles.
- Traitement des symptômes de l'urticaire chronique idiopathique.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

- Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :
• Hypersensibilité à la cétirizine, à l'hydroxyzine ou aux dérivés de la pipérazine ou à l'un des excipients entrant dans la composition de ce médicament.
- Insuffisance rénale sévère.
- Enfant de moins de 6 ans à cause du risque de fausse route (comprimé).
- Enfant de moins de 2 ans (solution buvable).

b) MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRÉCAUTION :

- La cétirizine doit être administrée avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- Comprimé et solution buvable : Ce médicament contient du propylène glycol et peut induire des irritations de la peau.
- Comprimé : L'utilisation de Cetiral® 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).
- Solution buvable : Les parahydroxybenzoates de propyle et de méthyle qui sont des conservateurs sont susceptibles de provoquer des réactions allergiques (dont le délai d'apparition peut être retardé par rapport à la prise).
- Solution buvable : En raison de la présence de sorbitol, Cetiral® est déconseillé en cas d'intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

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

c) INTERACTIONS

Compte tenu des données pharmacologiques et du profil de tolérance de la cétirizine, aucune interaction avec Cetiral®, n'est attendue.

Par ailleurs, l'alimentation ne diminue pas le taux d'absorption de cet médicament.
AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS, FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse : Cetiral® doit être prescrit avec précaution.
Allaitement : La cétirizine passe dans le lait maternel.

DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT.

e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS

Chez certains patients sensibles, ce médicament peut provoquer une somnolence. Il est donc conseillé aux patients qui doivent conduire un véhicule ou utiliser une machine dangereuse de ne pas dépasser la posologie recommandée, et d'évaluer leur vigilance sous traitement.

f) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

- Comprimé : Lactose, propylène glycol.
- Solution buvable : Propylène glycol, sorbitol, parahydroxybenzoates.

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

a) POSOLOGIES USUELLES

- La forme « comprimé » est réservée à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans.
- La forme « solution buvable » peut être administrée chez l'enfant à partir de 2 ans.
- Pour la solution buvable, une dose correspond à 5 ml.

Cetiral® comprimé :

- Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par jour (par 24 heures) en une seule prise, soit 1 comprimé par jour.
- Enfant entre 6 et 12 ans : 5 mg 2 fois par jour, soit ½ comprimé le matin + ½ comprimé le soir.

Cetiral® solution buvable :

- Enfant de 2 à 6 ans : 2,5 mg 2 fois par jour, soit ½ dose le matin + ½ dose le soir.
- Enfant entre 6 et 12 ans : 5 mg 2 fois par jour, soit 1 dose le matin + 1 dose le soir.
- Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par jour (par 24 heures) en une seule prise, soit 2 doses par jour le matin ou le soir.

• Sujet âgé, insuffisance rénale modérée à sévère, insuffisance hépatique :

Cetiral® sera administré selon avis médical et en fonction de la clairance rénale du patient. Il devra être contre-indiqué chez les insuffisants rénaux en stade terminal ainsi que chez les patients dialysés.

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

b) MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Cetiral® peut se prendre indifféremment avant, pendant ou après un repas. Le comprimé doit être avalé avec un peu de liquide sans mâcher ni croquer.

Pour la solution buvable, il faut utiliser la pipette graduée.

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

c) DURÉE DU TRAITEMENT

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

d) CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Si vous avez pris plus de Cetiral®, que vous n'auriez dû (en cas de prise massive et/ou accidentelle) :

Les symptômes de surdosage rapportés après la prise d'une dose au moins 5 fois supérieure à la dose quotidienne recommandée sont : confusion, diarrhée, vertige, fatigue, céphalée, malaise, mydriase, prurit, agitation, sédation, somnolence, sauteur, tachycardie, tremblement et rétention urinaire.

PRÉVENIR IMMÉDIATEMENT VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

5. EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS

COMME TOUT MÉDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Les effets indésirables de ce médicament sont peu fréquents voire rares :
Hypersensibilité, agitation, agressivité, confusion, dépression, hallucination, insomnie, parésie, convulsions, mouvements anormaux, tachycardie, diarrhée, augmentation des enzymes hépatiques, prurit, éruption cutanée, urticaire, asthénie, malaise, œdème, prise de poids.

Très rarement, on peut observer les effets suivants :

Trombocytopénie, choc anaphylactique, ic, dysgueusie, syncope, tremblements, dystonie, dyskinésie, troubles oculaires, œdème angio-neurotique, érythème pigmenté fixe, dysurie, énarésie.

SIGNALÉ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

6. CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

i) PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

CONDITIONS DE LIVRAISON

bleau C.

1^{re} édition de la notice : Décembre 2012



Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

LOT 199014

EXP 08/21

PPV 520H00

Efficort

acéponate d'hydrocortisone 0,127 %

CREME LIPOPHILE

COMPOSITION :

Acéponate d'hydrocortisone cent vingt-sept milligrammes (0,127 g)
Excipients : vaseline blanche, bi-tristéarate d'aluminium, paraffine liquide, protégin wx, cutina
bw, sulfate de magnésium, eau purifiée.....
Tube de 30 g contenant 0,0381 g d'acéponate d'hydrocortisone

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde pour application locale.
Il est préconisé dans certaines maladies comme l'eczéma, le psoriasis.
Mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants

- hypersensibilité à l'un des composants du médicament,
- lésions ulcérées,
- acné et rosacée,
- maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dûes à des champignons microscopiques) et parasitaire.

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

MISES EN GARDE :

- Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les yeux.
- Une partie du principe actif peut traverser la peau et passer dans le sang, en particulier lorsque la crème est appliquée sur une grande surface, sous un pansement ou une couche imperméable chez les enfants et les nourrissons.
- Ne pas arrêter brutalement le traitement sans l'avis de votre médecin.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ce médicament doit être utilisé en respectant les conseils du médecin.
- localisation exacte des applications,
 - ne l'utiliser chez le nourrisson que sur indication explicite du médecin,
 - un traitement chez l'enfant de moins de 12 ans doit être soumis à une stricte surveillance médicale.

Les recommandations suivantes doivent être suivies :

- soins d'hygiène,
- éviter l'application sur des zones irritées,
- toute irritation.

EN CAS DE DOUTE,
CONSULTEZ VOTRE
PHARMACIEN.
IL FAUT SIGNER
OU A VOTRE

LOT : 0075
EXP : DEC 2022
PPV : 37,80 DH

Utiliser un antiseptique à pH alcalin, sur le visage, dans les plis, et sur les mains.

DER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN EN CAS D'INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, ET EN CAS D'UNE AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT / BATCH: 16147
FAB / MFR: 02-2020
EXP: 01-2023

50 g e

PPV: 66,80 DH