

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 055112

ND: 41 778

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1470 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHRI B AHMED

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : COP EL WAFI DEBBA 150

Tél. : 0666243306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

28 SEP. 2020

Abdeljalil Naamane

Docteur en Médecine
Echographie
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél.: 05 22 53 28 25
Visite à Domicile

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب
الفحص بالصدى
بلوك ك رقم 12 - الدروة
الهاتف : 05 22 53 28 25
زيارة في المنزل

ORDONNANCE

03 SEP. 2020

الدروة في : Deroua, le :

Mr LAGKRIB, Ahmed

\$2,80

→ Oeufs de 10

sel - 10

\$2,70

→ Spasme

28,25 x 2

Sulfam

38,50

Neutro

200,6

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc "Q" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 28 25

صيدلية AL WAFAE
Pharmacie AL WAFAE
Dr. Meriem OUEDRHIRI
N° 152, Coopération Al wafae - Deroua
Casablanca - Tél: 05 22 53 24 22

Ma
Levl

SPASMAG
30 ampoules buvables
AMM N° 71 DAT/PH

6 118000 020660



52,90 ←

SULPIDAL[®] 50 mg gélules

Sulpiride

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

SULPIDAL[®] 50 mg, gélule

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride

Excipients q.s.p. 1 gélule.

50 mg

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BENZAMIDE

(N : Système Nerveux)

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines formes de troubles du comportement de l'adulte et

3. ATTENTION !

a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,
 - phéochromocytome (atteinte de la glande médullosurrénale produisant de l'adrénaline),
 - en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.
- Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire, chez les femmes allaitantes.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS D'UN PHARMACIEN.

b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte tachycardie, interrompre immédiatement le traitement et consulter un médecin d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra vous prescrire un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez les personnes souffrant de troubles digestifs graves et s'étouffer.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé chez les personnes souffrant de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la durée du traitement, il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
 - maladie de Parkinson,
 - insuffisance rénale,
 - antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.
- La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN



PPV

LOT

PER

28,20

PPV 38DH50

EXP 06/2023
LOT 03037 4

Neutral[®]

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

Anti-Acide

Suspension buvable 250 ml

LOT 191339
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

alopécie (chute de cheveux),
lèvres, du larynx et/ou de la
interstitielle (atteinte rénale),
perturbation du goût et de l'odorat.
Chez les enfants, le profil
observé chez les adultes
à long terme concernant la
croissance.

SI VOUS REMARQUEZ DES EFFETS INDESIRABLES NON MENTIONNES DANS CETTE
NOTICE, OU SI CERTAINS EFFETS INDESIRABLES DEVIENNENT GRAVES, VEUILLEZ
EN INFORMER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE
SITUATION PRECISE :

- IL NE PEUT ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS,
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

Dans tous les cas se conformer strictement à l'ordonnance du médecin.

Posologie

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez
votre médecin ou votre pharmacien.

Chez l'adulte :

Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien: 1 à 2 gélules par jour.

Traitement d'entretien des œsophagites: 1 à 2 gélules par jour.

Traitement d'entretien des ulcères duodénaux: 1 à 2 gélules par jour.

Chez l'enfant de plus de 1 an et de poids ≥ 10 kg.

Œsophagite par reflux : la durée du traitement est de 4 à 8 semaines.

Traitement symptomatique des brûlures et des régurgitations acides en cas de reflux
gastro-œsophagien : La durée du traitement est de 2 à 4 semaines. Si les symptômes
ne sont pas contrôlés au bout de 2 à 4 semaines, le patient devra faire l'objet d'examen
complémentaires.

Enfant ≥ 1 an (10 à 20 kg) : 1 gélule de 10 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 20 mg une fois par jour si nécessaire.

Enfant ≥ 2 ans (> 20 kg) : 1 gélule de 20 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 40 mg une fois par jour si nécessaire.

Chez l'enfant de plus de 4 ans

En association avec des antibiotiques dans le traitement de l'ulcère duodénal associé
à une infection par *Helicobacter pylori*. La durée de traitement est le plus souvent de 7
jours (cette durée peut parfois être augmentée à 14 jours).

Le traitement devra être surveillé par un spécialiste.

Enfant de 15 à ≤ 30 kg : association avec deux antibiotiques: Oedes 20mg, amoxicilline
25 mg/kg de poids corporel et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés
simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant de 30 à ≤ 40 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20 mg, amoxicilline 750 mg
et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois
par jour pendant 1 semaine.

Enfant > 40 kg : association avec deux antibiotiques: Oedes 20 mg, amoxicilline 1g et
clarithromycine 500 mg sont administrés simultanément deux fois par jour pendant
1 semaine.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Chez les enfants de moins de 6 ans (en raison du risque de fausse route) et les enfants