

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



NID: 50212

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011097

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5356 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Nader Abdelhakem Date de naissance : 1966
Adresse : Darb chorfa Rue 55 N°15 Casablanca
Tél. : 0602913777 Total des frais engagés : 0,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd. Driss El Harti
CASABLANCA
Tél: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33
Date de consultation : 11/09/2020
Nom et prénom du malade : SMOKIC NADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 2C200A
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 : 11/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue

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
15/09/22			300,00	DOCTEUR BERRADA Saïd Dermatologue 338, Bd. Driss El Hatti CASABLANCA Tél.: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/22	262,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

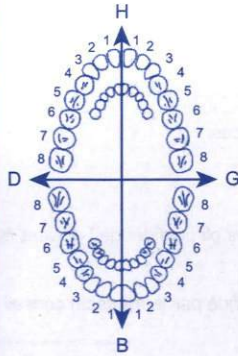
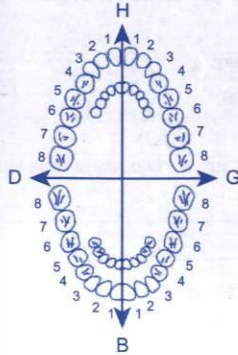
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D		G																
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

الدكتور سعيد بريدة
Docteur Saïd BERRADA
DERMATOLOGUE



Diplômé de la faculté de Médecine Montpellier
Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Pédiatrique
- Chirurgie Dermatologique
- Allergologie Cutanée
- Phlébologie - Sclérose des varices
- Liposculpture-Peeling-Feeling-Dermabrasion
- Botox - Comblement

STANIK
NINA

خريج بكلية الطب بمونبولي بفرنسا
منتدب سابق بمستشفيات مونبولي

- إختصاصي في أمراض وجراحة الجلد والشعر
- الأمراض التناسلية
- الأمراض الجلدية للأطفال
- حساسية الجلد
- أمراض وجراحة الدوالي
- الطب التجميلي

Casablanca, le : 17/9/2020

6800 2 07 060570N 2 02

11/11/20

TAIPOR MEDICAL
Tél: 05 22 57 97 33
CASABLANCA

6800 175 000000 30

07/11/20

91.10 200000 30

07/11/20

26270

DOCTEUR BERRADA Saïd
Dermatologue
338 Bd Driss El Harti
CASABLANCA
Tél.: 05 22 57 97 30-Fax: 05 22 57 97 33

338, شارع ادريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33
338, Av. Commandant Driss EL HARTI - Cité Djemâa - Casablanca - Tél : 05 22 57 97 30 / 05 22 57 97 33

I.C.E : 001713620000096

Diprostène®

Suspension injectable en seringue pré-remplie

Bétaméthasone

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

U358176-1512/17/1 R

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
- Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

3. COMMENT UTILISER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01.

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

N'utilisez jamais DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie, dans les cas suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.



611 800115 013 7
DIPROSTÈNE 1 Seringue
P.P.V : 66,60 DH
AMM 236DM/P/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Boukoura

Diprostène®

Suspension injectable en seringue pré-remplie

Bétaméthasone

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

U358176-1512/17/1 R

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01. Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

N'utilisez jamais DIPROSTÈNE, suspension injectable en seringue pré-remplie :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de certains troubles métaboliques non traités,
- certains troubles métaboliques non traités,
- allergie à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
- Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.



611 800115 013 7
DIPROSTÈNE 1 Seringue
P.P.V : 66,60 DH
AMM 236DM/P/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bousekoura

HISTANORM®

(Loratadine)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

Comprimés dosés à 10 mg : boîtes de 15 et 30

Sirop dosé à 5 mg / 5 ml : flacons de 60 ml et 120 ml

COMPOSITION QUALITATIVE

Comprimés

Principe actif

Loratadine 10 mg

Excipient : lactose monohydrate, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, talc, crospovidone qsp 1 comprimé.

Sirop

Principe actif

Loratadine 100 mg

Excipient : acide citrique, propylène glycol, glycérine, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, saccharose, arôme réglisse, eau purifiée qs 100 ml

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Rhinites allergiques
- Dermatoses allergiques
- Effets secondaires des traitements de désensibilisation
- Urticaire aiguë
- Urticaire chronique idiopathique de l'adulte.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Hypersensibilité ou idiosyncrasie à l'un des composants du médicament
- La Loratadine est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 2 ans
- La forme comprimé est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 12 ans.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez l'enfant de moins de 2 ans.

Utiliser avec prudence chez l'insuffisant hépatique sévère.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Des études de performances psychomotrices ont démontré que l'administration simultanée d'alcool ne potentialise pas les effets de la Loratadine.

La prudence est de mise en cas d'association avec la cimétidine.

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.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : la Loratadine franchit la barrière placentaire. En l'absence d'études contrôlées chez la femme enceinte, éviter la prescription pendant la grossesse

- Allaitement : la Loratadine passe dans le lait maternel. Elle est à éviter pendant l'allaitement.

D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Comprimé

Lactose : pas de dose seuil.

Contre-indiqué chez les personnes souffrant d'une glycose/galactose ou d'un déficit en lactase.

Sirop

Propylène glycol, parahydroxybenzoate de méthyle et

HISTANORM 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 12/2021

LOT 9N023 1

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 MÉDICAMENT

Composition qualitative et quantitative :

CÉTIRIZINE (DCI) DICHLORHYDRATE

Excipients : 4,5 p. 1 comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Lactose.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE :

Antihistaminique H1 non anticholinergique.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Contrairement aux antihistaminiques plus anciens, ZADRYL® n'a pas d'effets atropiniques ni, dans la majorité des cas, d'effets sédatifs.

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 MÉDICAMENT ?

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 1/2 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 D'VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler avec une boisson.

Indifféremment pendant ou en dehors des repas.

NE DÉPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DURÉE DE TRAITEMENT PRÉSCRITES PAR VOTRE MÉDECIN.

DURÉE 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 MÉDICAMENT ?

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 MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUS LES MÉDICAMENTS, ZADRYL®, EST

SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDÉSIRABLES, SURTOUT DURANT LA PREMIÈRE OU LES DEUX PREMIÈRES 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, nourrimement des extrémités, éruption cutanée, asthénie (fatigue extrême), malaise, paresthésie, prurit ;

• rarement : convulsions, confusion, tachycardie, augmentation des transaminases, réactions allergiques.

parfois graves, anormale du fonctionnement du foie, prise de poids, mouvements anormaux, agressivité, dépression,

halucination, insomnie, urticaire ;

• très rarement : thrombocytopénie, tremblements, altération du goût, oedème de Quincke, diminution du

nombre des plaquettes sanguines, vision floue, crises oculogyrées (mouvements circulaires incontrôlés des yeux),

syndrome de difficulté à uriner, tic, érythème pigmenté fixe.

VOUS AVEZ RESSENTI UN EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DU A CE MÉDICAMENT, INFORMEZ IMMÉDIATEMENT VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée.

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS

D'EMPLOI :

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

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

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).

Le médicament est à conserver à l'abri de la lumière, à température ambiante (15 à 25°C).