

## 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

- Réclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-476544

51891



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7830

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : LYNNANI KHARID

Date de naissance : 19-02-1961

Adresse : 32 L'atlasément Florida

Tél. : 06 61 14 29 14

Société :

Autre :

Total des frais engagés :

### Optique

### Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CNA

Signature de l'adhérent(e) :

11 DEC. 2020  
ACCUEIL

Age: \_\_\_\_\_

Le : 05/12/2020

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr MEDDEAH Mourad</b> 1000 Lakhdar Pacha 25 M 06 1000 Algiers - Algeria	31/12/2022	49,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 3/12/88

Facture N° 00

M. LYANANI Kéngé

Quantité	Désignation	Prix	Montant
0,1	Dolizip 500 mg	20,0	2,00
0,2	Venex 5-114 mg	14,80	2,96
			49,60
	Annexe la pose de la facture à la pharmacie de les Omat Goudi		
	PHARMACIE LYANANI Dr MEDDAH Moustapha Hôpital de Goudi 37111 Goudi Tunisie		



# DoliGrippe®

Par



Veuillez lire attentivement l'intégralité de

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'en lire une autre.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez des doutes, parlez-en à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour des symptômes identiques, cela pourrait lui être utile.
- Si l'un des effets indésirables devient préoccupant, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

## Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative

Paracétamol

Acide Ascorbique (Vitamine C)

Maléate de Phéniramine

- Composition qualitative en excipients

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone

Composition de l'arôme : Substances anhydrides E414, Acide Ascorbique E300, Triacetin

- Excipients à effet notoire :

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124)

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type

DoliGrippe® granulés pour solution buvable

MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSO

DoliGrippe® granulés pour solution buvable

- Une action antihistaminique qui permet

aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements en

- Une action antalgique antipyétique permettant une sédatrice

- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

## Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des

de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,

- Des éternuements,

- Des maux de tête et/ou fièvre.

## Posologie

Reservé à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures maximum.

## Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

## Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

## Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

## Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans.

- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit.

- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),

- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,

- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,

- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre pharmacien pendant la grossesse et l'allaitement.

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

## Effets indésirables

PPV:20DH00

PER:05/23

LOT:J1424

DoliGrippe®

8 SACHETS GRANULÉS



6 118000 041566

# Vermox 500

mébendazole

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### **COMPOSITION**

Pour 1 comprimé :  
mébendazole : 500 mg  
lactose monohydraté, méthylcellulose  
d'amidon sodique, cellulose microcrystalline,  
silice colloïdale anhydre.

### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Boîte de 1 comprimé

### **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

Antiparasitaire/antihelminthique  
(P : Parasitologie)

### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)**

**VERMOX 500 mg** est un médicament

Il est indiqué dans **le traitement des infections par les espèces suivantes :**

- oxyures (*Enterobius vermicularis*);
- trichocéphale (*Trichuris trichiura*);
- ascaris (*Ascaris lumbricoides*);
- ankylostome (*Ancylostoma duodenale, Necator americanus*);
- anguillule (*Strongyloides stercoralis*).

### **ATTENTION !**

### **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ? (CONTRE INDICATIONS)**

VERMOX 500 mg NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Ne pas donner VERMOX 500 mg aux **enfants de moins de 1 an**.
- Ne pas utiliser VERMOX 500 mg en cas **d'hypersensibilité** (allergie) à ce médicament.

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

### **MISES EN GARDE SPECIALES**

Si vous devez prendre des doses élevées chaque jour pendant plusieurs mois, des troubles hépatiques peuvent apparaître.

C'est pourquoi ce type de traitement à long terme devra être effectué sous surveillance médicale stricte.

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

### **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

Informez votre médecin en cas de prise de cimétidine (médicament contre l'acidité de l'estomac); celui-ci pourra être amené à adapter la posologie.

**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**

En cas de grossesse ou de désir de grossesse, informez votre médecin qui décidera si vous pouvez prendre VERMOX 500 mg.

**Vermox® 500 mg**

1 comprimé



14180



# Vermax 500

mébendazole

## IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### **COMPOSITION**

Pour 1 comprimé :  
mébendazole : 500 mg  
lactose monohydraté, méthylcellulose, amidon sodique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre.

Vermax® 500 mg  
1 comprimé

6 118000 011798

14180

### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Boîte de 1 comprimé

### **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

Antiparasitaire/antihelminthique

(P : Parasitologie)

### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT**

#### **(INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES)**

VERMOX 500 mg est un médicament contre :

Il est indiqué dans le **traitement des infestations des espèces suivantes :**

- oxyures (*Enterobius vermicularis*);
- trichocéphale (*Trichuris trichiura*);
- ascaris (*Ascaris lumbricoides*);
- ankylostome (*Ancylostoma duodenale, Necator americanus*);
- anguillule (*Strongyloides stercoralis*).

### **ATTENTION !**

### **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?**

#### **(CONTRE INDICATIONS)**

VERMOX 500 mg NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Ne pas donner VERMOX 500 mg aux **enfants de moins de 1 an**.
- Ne pas utiliser VERMOX 500 mg en cas d'**hypersensibilité** (allergie) à ce médicament.

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

### **MISES EN GARDE SPÉCIALES**

Si vous devez prendre des doses élevées chaque jour pendant plusieurs mois, des troubles hépatiques peuvent apparaître.

C'est pourquoi ce type de traitement à long terme devra être effectué sous surveillance médicale stricte.

**EN CAS DE DOUBTE, NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### **INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

Informez votre médecin en cas de prise de cimétidine (médicament contre l'acidité de l'estomac); celui-ci pourra être amené à adapter la posologie.

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

### **GROSSESSE**

En cas de grossesse ou de désir de grossesse, informez votre médecin qui décidera si vous pouvez prendre VERMOX 500 mg.