

# 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.

# MUPRAS

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

## Declaration de Maladie

N° W19-440373

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8089

### Dentaire

### Optique

### Autres

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre

Nom & Prénom : TOUBI HASSAN

Date de naissance : 28/01/63

Adresse : 9 Rue 14 juillet 11. H. casa

Tél. : 0662 83915

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Centre de soins et de réadaptation  
de Radiologie et Traumatologique  
61, Boulevard Quad Daraa,  
Dulfa - Casablanca  
Tél: 0522 27 48 01 - Urgences: 0661 24 13 16

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade

Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Enfant

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) :

Le : / /

TOUBI HASSAN

MUPRAS

11/07/2019

ACCUEIL

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
8/8/2019	Examen	1	300,0000	INP 1094167564
	Infiltration	1	300	Signature du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Lamia DIB Pharmacien Pharmacie Missimi Hay Hassan Rue 24 Angle Rue 12 N° 1 Cité Missimi - Casablanca Rue 24 Angle Rue 12 N° 1 Cité Missimi - Casablanca 05 22 90 05 25	08/08/1995	342,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

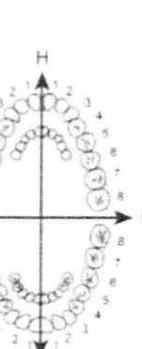
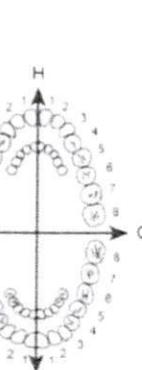
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 radiographie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">255334112 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	G	255334112 00000000	21433552 00000000	<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000	35533411	11433553	B	D	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G													
255334112 00000000	21433552 00000000													
<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000													
35533411	11433553													
B	D													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
  - Ancien Interne des Hôpitaux de France
  - Ancien Praticien en Belgique
  - Diplôme de Médecine et traumatologie du Sport à Reims
  - Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
  - Chirurgie de la Colonne Vertébrale
  - Chirurgie de la Main et Pied
  - Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة

## إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- شهادة من جامعة لوفان ببروكسيل
  - طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
  - و ممارس سابق ببلجيكا
  - دبلوم في الطب الرياضي والإصابات ببرنس
  - الراحة بالمناظر الدخلي للمفاصل
  - جراحة الكسور والروماتيزم
  - جراحة العمود الفقري
  - جراحة اليد والقدم

Casablanca, le :

08/08/2019

الدار البيضاء، في :

Lamia DIC  
Pharmacie Missimi Rue 24 Angle Rue Missimi - Casablanca - T 51 : 05 22 90 05

TOUBI HASSAN

22.20



h Cadoli from 7

Ly - 41 - n - Lulu

143,60

2. Delicox 60% 

$$28.80 \times 3 \quad |$$



3- Vi truyl 4

52,80 1/2 x 3/1

h- Pragul 20

5- DUCASSAN

342,00

61، شارع وادير عزة، الألفة - الدار البيضاء - Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca

الهاتف: 0661 24 13 16 - المستعجلات: Tél.: 0522 27 48 01

Block 1  
Chung, Abi (T2) for  
evidence Abi (T2) for  
evidence Abi (T2) for  
Teli, 0522 2, 1801, upon  
upon upon upon upon upon

# Prazol® 20

oméprazole

PPV : 52DH80  
PER : 09/21  
LOT : I374-8

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.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI) .....	20 mg
Excipients qsp .....	1 gélule

## FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

### Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

### Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

### Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéruseuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :



# DULASTAN®

Comprimé  
Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

03161905  
PPV 37DH00 24

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourrez 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.

## **COMPOSITION :**

Paracétamol..... 500 mg  
Thiocolchicoside..... 2 mg  
Excipients : ..... q.s.p. 1 comprimé  
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

## **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
  - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
  - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

## **ATTENTION !**

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

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol.
- de grossesse.
- d'allaitement.
- d'insuffisance hépatocellulaire.
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

## **MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

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

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactose.

L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

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

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. **DULASTAN®** peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

## **Examens paracliniques :**

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

GROSS  
Grosses  
L'utilisat  
Si vous  
le traitem

Allaiter  
Ce médic  
D'une fa  
votre pha

COMME  
POSOLO  
RESERVE  
La dose  
comprim  
Insuffis  
prises se

VOIE ET  
Voie orale  
Avaler les

FREQ  
Se co

COND  
En co  
DAN

EFFE  
CO  
PL

Li  
- P  
- C  
- tra  
- B  
Li  
- P  
- R  
NE P  
NON

CONS  
À con  
Ne pas  
Ne pas l  
Liste I

AMM N

NOM E

RIM  
Radi  
Zone  
Pharm



880

المادة تحتوي على 30 قرصاً ملساً.

قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.

هذه النشرة قد تحتاج إلى قراءتها مجدداً.

لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك، استشر

صيدلي للمزيد من المعلومات.

هذا الدواء لك أنت شخصياً. لا يجدن يك إعطاؤه

يزديهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عارضك

النوعي والكمي:

لذلك، يرجى تجنبه.

قائمة السواعي الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر

عند بعض المرضى: اللاكتوز و السكروز.

3. الصنف الصيدلي والعلجي:

ينتسب بيفوتامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على

الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:

- للاج البري بري،

- الواقعية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في

الاستهلاك الغذائي على سبيل المثال : سوء الامتصاص،

الحمبة الغذائية الغنية باليبروتينات، التغذية بالحقن،

و بالاشتراك مع غيرها من الفيتامينات.

- ينصح به الأشخاص اللذين يشتكون من التهاب الأعصاب

و يتعاطون للمشروبات الكحولية.

- ينصح به في حالة التهاب الأعصاب،

- يستخدم بتركيزات عالية في بعض متلازمات الألم.

5. المقدار/طريقة الاستعمال:

المقدار: 2 إلى 4 أقراص خلال 24 ساعة.

في جميع الحالات يتعين التوقف بوصفة طبيبكم

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم

مدة العلاج:

تقيدوا بوصفة طبيبكم

## 6. موانع الاستعمال:

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 8 سنوات.

- أشخاص دوسي الحساسية لبيفوتامين.

على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة

باستثناء إذا ارتأى طبيبكم غير ذلك في حالة الشك من

الضروري استشارة طبيبكم أو صيدليكم

## 7. الآثار الغير مرغوب فيها:

لا تترددوا في استشارة طبيبكم أو صيدليكم والإشارة إلى أي

أثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها

هذه النشرة.

## 8. الاحتياطات خاصة:

يسبب تواجد لكتوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في

حالة حساسية اللاكتوز و تواجد اللاكتوز بكثرة في الدم

نتائج عن مرض خلقي أو أعراض عدم امتصاص اللاكتوز

واللاكتوز أو نقص في الكتاز (أعراض أيضية نادرة).

قائمة السواعي الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر

عند بعض المرضى:

اللاكتوز و السكروز.

## - الاحتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبكم أو صيدليكم

## 9. التفاعلات الدوائية:

لفرض تفادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبكم أو

صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

## 10. الحمل-الرضاعة:

ينصح بعدم أخذ بيفوتافريل. قوي عند المرأة المرضعة و

الحامل، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج بيفوتافريل

قوي أطلاعوا طبيبكم على العموم يتعين خلال الحمل أو

الرضاعة استشارة طبيبكم أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.

## 11. السانقون ومستعملو الألان:

12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:

13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:

## 14. الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي

لا يترك في متناول الأطفال

تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتميديك

20-22، زنقة الزبير بن العوام

الصخور السوداء، الدار البيضاء



# Codolip

PARACETAMOL ET CODEINE

PPV: 22DH20

PER: 03/21

LOT: I739

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base)	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitements chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

## PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS. Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



