

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 060298

MD = 24428

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50049 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU OBIDA KHAADOUJ

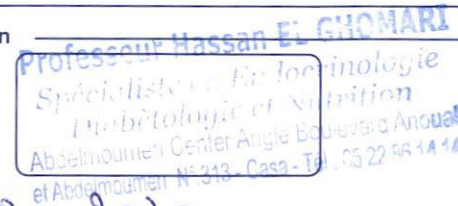
Date de naissance :

Adresse : DAR EL WILAD Bloc 507 N 376 CH 37

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade : ABOU OBIDA KHAADOUJ Age :

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

Nature de la maladie : Diabète 2

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) : Le : 10 MARS 2020





# 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
06/03/2020			300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BOUSTANE 580, Ed Ibn Sina Hay Hassani CASABLANCA TEL : 05 22 90 33 97	06/03/2020	357,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

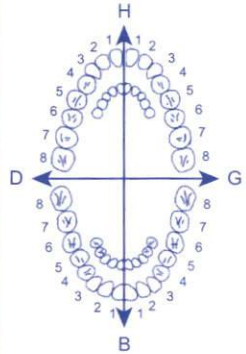
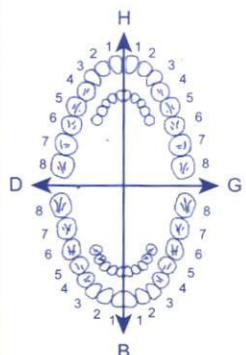
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Hassan EL GHOMARI**

**Professeur à la F.M.P.C**

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc  
de Montréal - Canada



**الدكتور حسن الغماري**

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : 06 03 2020 : الدار البيضاء، في

**Mme ABOU OBIDA Khaddouj**

LEVOTHYROX 50

169,60 1/2cp / jour le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

NEBILET 5 MG

1 cp / jour pendant 3 Mois

AVASAR 50

1 cp / j pendant 3 Mois

STILNOX 10 MG

719,00 1/2 cp le soir pendant 3 Mois

MANIEZ 24

49,00 1 gel matin 1 gel le soir pendant 2 Mois

BELMAZOL

1 gel avant diner pendant 1 Mois

357,40  
مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء

Adelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3<sup>ème</sup> étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INR : 091028506 - ICE : 001663750000032

# MANIÉZ 24

BI-FORMULE

JOUR NUIT

PPC: 119 DH



6 111261 750017

75x25x130



Date de péremption :

N° de Lot :

064849  
09/2021

RÉPARATEUR

BOTANIC PHARMA

BOTANIC PHARMA

EMCNO30031301A



#### 4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

##### وصف الآثار غير المرغوبة

مثل جميع الأدوية، ليفوثيروكس، قرص آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجرعة. تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور نظم القلب)

علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، س ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع الحالة، يجب استشارة طبيبك، عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم

كبيرة من الكالسيوم في البول)،

ردود فعل حساسية محتملة (فرط الحساسية) العلامات والأعراض الأكثر شيوعا هي: طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، وصعوبة في التنفس و احمرار.

##### الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

#### 5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

شراب القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم، في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، بوصف العلاج بالهرمونات الغدة الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه وبشكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند Lapp المرضى الذين يعانون من التعصب الجالاكتوز، ونقص اللاكتاز أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجالاكتوز (أمراض وراثية نادرة). إذا قدمت بتغيير العلامة التجارية خلال فترة علاجك مع ليفوثيروكسين، دواء أصلي أو جنيس، فإن طبيبك قد يطلب منك (TSH) إجراء بعض التحليلات البيولوجية الإضافية (قياس وخاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، وإذا كنت مصابا باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملا، إذا كنت كبير في السن أو إذا كان المريض طفلا.

عند النساء بعد سن اليأس المصابات بقصور الغدة الدرقية مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام)، يوصى بالمراقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.

هذا الدواء عند تناوله بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج للسمنة باستثناء إذا كانت السمنة مرتبطة بقصور الغدة الدرقية الحقيقي؛ قد تكون الجرعات الكبيرة خطيرة، خصوصا إذا كان يشترك العلاج مع مثبطات الشهية (الأدوية "الشهية").

فعالية العلاج وعلامات التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من

#### 4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

##### وصف الآثار غير المرغوبة

مثل جميع الأدوية، ليفوثيروكس، قرص آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجرعة. تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور نظم القلب)

علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع الحالة، يجب استشارة طبيبك، عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم كبيرة من الكالسيوم في البول)، ردود فعل حساسية محتملة (فرط الحساسية) الأعراض الأكثر شيوعا هي: طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، وصعوبة في التنفس و احمرار.

##### الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

#### 5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع؟

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

شرابين القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم، في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، بوصف العلاج بالهرمونات الغدة الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه وبشكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند Lapp المرضى الذين يعانون من التعصب الجالاكتوز، ونقص اللاكتاز أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجالاكتوز (أمراض وراثية نادرة). إذا قدمت بتغيير العلامة التجارية خلال فترة علاجك مع ليفوثيروكسين، دواء أصلي أو جنيس، فإن طبيبك قد يطلب منك (TSH) إجراء بعض التحليلات البيولوجية الإضافية (قياس وخاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، وإذا كنت مصابا باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملا، إذا كنت كبير في السن أو إذا كان المريض طفلا.

عند النساء بعد سن اليأس المصابات بقصور الغدة الدرقية مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام)، يوصى بالمراقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.

هذا الدواء عند تناوله بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج للسمنة باستثناء إذا كانت السمنة مرتبطة بقصور الغدة الدرقية الحقيقي؛ قد تكون الجرعات الكبيرة خطيرة، خصوصا إذا كان يشترك العلاج مع مثبطات الشهية (الأدوية "الشهية").

فعالية العلاج وعلامات التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من

# NEBILET® 5 mg

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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.

## NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable

### La substance active est :

Nébivolol .....	5,00 mg
Sous forme de chlorhydrate de nébivolol .....	5,45 mg

### Les autres composants sont :

Polysorbate 80, hypromellose, lactose monohydraté, amidon de maïs, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

### Titulaire

**BERLIN CHEMIE AG, SITE ADLERSHOF**

Glienicker Weg 125 - 12489 Berlin - ALLEMAGNE

### Fabricant

**BERLIN CHEMIE AG, SITE ADLERSHOF**

Glienicker Weg 125 - 12489 Berlin - ALLEMAGNE

## 1. QU'EST-CE QUE NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable

### ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament se présente sous la forme d'un comprimé quadrisécable en boîte de 28 comprimés.

## \* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

Liste des excipients :  
Lactose.

### Prise ou utilisation d'

Veuillez indiquer à vot  
vous prenez ou avez  
même s'il agit d'un mé  
sans ordonnance.

L'association du nébivolol avec d'autres médicaments pourrait affecter son activité ou celle des autres médicaments associés : il s'agit notamment de certains médicaments pour le cœur (comme certains antagonistes calciques (vérapamil, diltiazem), ou certains anit-arythmiques de classe I (quinidine, hydroquinidine, cibenzoline, flecaïnide, disopyramide, lidocaïne, mexilétine, propafénone) ; de certains médicaments pour l'hypertension artérielle (comme certains anti-hypertenseurs d'action centrale (clonidine, guanfacine, moxonidine, méthildopa, rilménidine).

L'utilisation de ces médicaments est généralement déconseillée sous traitement par nébivolol sauf avis contraire de votre médecin.

## 3. COMMENT PRENDRE NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable ?

### Hypertension

La dose est généralement d'un comprimé par jour.

Chez les sujets âgés et chez les insuffisants rénaux, la posologie initiale est de 1/2 comprimé par jour.

L'activité antihypertensive se manifeste généralement après 1 à 2 semaines de traitement, l'effet maximal ne pouvant apparaître qu'au bout de 4 semaines.

Votre médecin peut décider d'associer d'autres médicaments antihypertenseurs, en cas de réponse insuffisante.

**Insuffisance cardiaque chronique stable**

# BELMAZOL® 20 mg

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**  
BELMAZOL® 20 mg

b) **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**

Oméprazole  
Par gélule :  
Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171),  
Excipients : q.s.

c) **FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS**  
Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**  
Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. **DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?**

**Adulte :**

- Traitement des ulcères duodonaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodonaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (H).
- ulcèreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires.
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-sécrétoires (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'éventuels des patients après occlusion d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

## Utilisation pédiatrique :

- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :  
• Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Enfant de moins de 4 ans et adolescent :  
• Traitement des ulcères gastriques et duodénaux consécutifs à l'association de médicaments.

## 3. ATTENTION !

a) **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?**

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazoliques ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le métrast.

b) **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**

UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRÉCAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme.
- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque que cela ne soit pas recommandé.

بلمازول  
اومپرازول

20 ملغ

49,00

## 4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

a) **POSOLOGIE USUELLE**  
• Adulte :  
Traitement des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.  
Prévention des récidives des ulcères duodénaux : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

BELMAZOL® 20 mg

14 gélules



14 جبرشامة

LOT :  
EXP :  
PPV :

cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.  
cas de reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 2 à 4 semaines.

MANANCE DE