

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.

tiologie 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

N°D: 34714

Déclaration de Maladie : N° P19-0017618

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01177 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Aissa Fettouma Date de naissance : 1952

Adresse :

Tél. : 0522 905262 Total des frais engagés : 320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : M Aissa Fettouma Age :

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

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/07/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
	06/07/2020	170,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

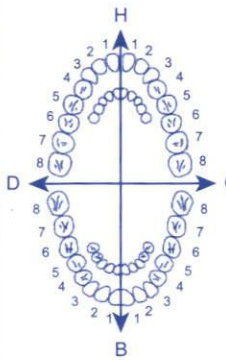
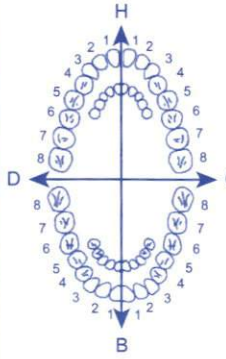
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

LVS PHARMIA SARL
TAKHIRJOUTI Joquad
Docteur en Pharmacie
687, angle Bd. Oued Sebou
et Rue 150, El Oulfa
CASABLANCA
Tél.: 05 22 90 50 09 - Tél/Fax: 05 22 90 89 87

06/07/16

(A) Agni Feltou

73,80' ZOR 2 (S.V)

1 - 0 - 0 x 10j

38,16 2 Neutrol 4 (S.V)

0 - 1 - 1 x 10j

3' Bevelix S (S.V)

1 - 1 - 1 x 5j

57,70
170,00

ADDAMANE
gastroentérologue
CASABLANCA

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1151888	N° SEJOUR :	200037554	FACTURE N° 2002008873		DATE D'ENTREE : 06/07/2020		DATE DE SORTIE : 06/07/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : AIJJOU,Fettoumma							
MALADE : AIJJOU,Fettoumma											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE											

Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :
				REMISE	0.00	REGLE :		150.00		AVOIR :
				RESTE DU :	0.00					
				DATE FACTURE : 06/07/2020 EDITEE LE : 27/07/2020 PAR: ZBIRY VISA						
				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

PPV 73DH80
EXP 11/2020
LOT 86049 4

IXOR®
Oméprazole

PRESENTATIONS

en boîte de 7, 14 et 28
en boîte de 7, 14 et 28

6 118000 032793

Excipient : qsp 20 mg
Comprimé effervescent à 10 mg 1 comprimé effervescent
Excipient : qsp 10 mg
Comprimé effervescent à 10 mg 1 comprimé effervescent

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Adultes :

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'*Helicobacter pylori* en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux *Helicobacter pylori* négatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Œsophagite érosive par reflux gastro-œsophagien
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements par AINS chez les patients à risque pour lesquels le traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien

PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Kétoconazole, Itraconazole : diminution de l'absorption de l'azolé antifongique par augmentation du pH intragastrique par l'Oméprazole.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNEALEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

- Allaitement : en raison du passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.

D'UNE FAÇON 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

- Aspartam
- Sodium : en cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium :
 - IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium par comprimé effervescent
 - IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium par comprimé effervescent

POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Adulte :

1 - Posologie :

- Eradication de l'*Helicobacter pylori* : 1 comprimé effervescent à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescent à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.

Neutral®

Hydroxyde d'aluminium + Hydroxyde de

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS :

- Suspension buvable : flacon de 250 ml
- Comprimés à croquer ou à sucer : boîtes de 20 et 40 comprimés

COMPOSITION :

Suspension buvable :

Hydroxyde d'aluminium gel exprimé en $Al(OH)_3$

Hydroxyde de magnésium

Excipient : mannitol, sorbitol à 70 % (non cristallisable), hydroxyéthylcellulose méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, solution de peroxyde d'hydrogène à 30 % (1), saccharine, silice colloïdale anhydre, arôme menthe Mitcham, eau purifiée, qsp 100 ml

Comprimés :

Hydroxyde d'aluminium gel séché40

Hydroxyde de magnésium40

Excipient : amidon de maïs, saccharine sodique, arôme réglisse, essence de menthe, magnésium stéarate, talc, mannitol, qsp 1 comprimé

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Antiacide.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT :

- Hyperacidité gastrique
- Reflux oesophagien dans les hernies hiatales
- Pyrosis
- Ulcères gastriques et duodénaux
- Troubles dyspeptiques.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des composants
- Insuffisance rénale sévère

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

MISES EN GARDE

Prendre un avis médical en cas de :

- Perte de poids
- Gêne abdominale persistante ou difficulté à avaler.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenez votre médecin en cas de :

- Insuffisance rénale
- Dialyse chronique
- Prise d'antihistaminique H_2 , furosémide, glucocorticoïdes, fluoroquinolones.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, ET NOTAMMENT Tétracycline, Chlorpromazine, Isoniazide, Fluoroquinolones, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

- L'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
- Eviter les prises prolongées et à fortes doses de ce médicament
- L'allaitement peut être poursuivi lors de ce traitement.

Neutra

Suspension
buvable 250 ml



6 118000 03



PER: 08 2024
LOT 19E003

bedelix®

Montmorillonite beidellitique
poudre pour suspension b



BEDELIX 36
SACHETS B30
P.P.V. : 57DH70



Veuillez lire attentivement avant de prendre ce r contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet ?
3. COMMENT PRENDRE BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
1. QU'EST-CE QUE BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament agit en protégeant les parois (muqueuses) de votre estomac et de votre intestin.

Ce médicament est utilisé en traitement symptomatique des colopathies fonctionnelles c'est à dire pour traiter les symptômes liés à une maladie fonctionnelle du colon (maladie qui affecte le bon fonctionnement de l'intestin).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet ?

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet :

- Si vous êtes allergique à la substance active (la montmorillonite beidellitique) ou à l'un des autres composants contenus dans BEDELIX (vous trouverez la liste des composants à la rubrique 6).
- Si vous souffrez d'une maladie provoquant un rétrécissement de votre tube digestif.

Faites attention avec BEDELIX, poudre pour suspension buvable en sachet :

Si vous êtes sous dialyse, cela signifie que vos reins fonctionnent mal et ceux-ci auront des difficultés à éliminer l'hydroxyde d'aluminium contenu dans ce médicament. Dans ce cas, vous ne devez pas prendre ce médicament pendant une période prolongée sans en parler à votre médecin.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

Prise d'autres médicaments

Vous devez espacer la prise de BEDELIX et d'un autre médicament pour éviter de diminuer l'efficacité de l'autre traitement.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Aliments et boissons

Vous devez prendre BEDELIX entre les repas ou un peu avant.

Grossesse et allaitement

Ce médicament doit être utilisé avec prudence pendant la grossesse et l'allaitement.

D'une façon générale, si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, demandez toujours l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de