

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 : 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

M23+000514

156261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGDAD LAMIN

Date de naissance : 02/08/65

Adresse : RUE 3011A 35 BO ABIRAK 2AK
EL AIL FA

Tél. : 0661306662

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL CUKKOS YOUNES BEL YACHI 127 Bd de l'Indépendance Casablanca Tél. Fax: 05 22 90 51 07</p>	10 mai 2023	121,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

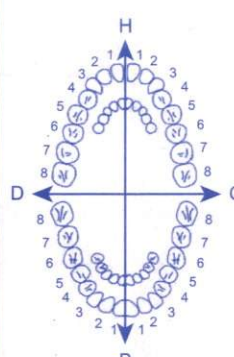
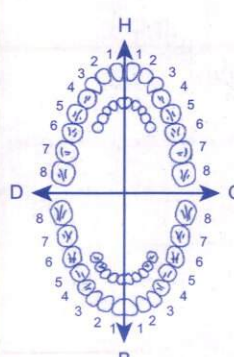
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div>G</div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

PHARMACIE LOUKKOS

YOUNES BELAYACHI

125.127 AV. OUED ZIZ - OULFA-

CASA

Taxe Profes. N°: 37989118

N° R.C. : 256277

N° CNSS : 2346882

N° ID.F. : 40482148

N° ICE: 001512220000076

Tel : 0522905107

Fax :

BAGDAD KARIM

Le : 10/04/2023

FACTURE N°: 3701/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	OEDES 20 MG / 14 CP	52,80	7	52,80

TVA 7%: 3.45

Total : 52,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

PHARMACIE LOUKKOS SARL
YOUNES BELAYACHI
127 Pr. Oued Ziz - Oulfa - Casablanca
Tél : 0522905107 - Fax : 0522905107

YOUNES BELAYACHI
127 Pr. Oued Ziz - Oulfa - Casablanca
Tél : 0522905107 - Fax : 0522905107

في بلع البرشامات:
نصف كأس من الماء أو
قه يحوي على كمية
أو الأناناس. أو مرس
ون الخليط متجانسا
الكاس بالماء واشربه.
غثوي على الدواء.

مكونات أخرى يحتوي
ت أخرى من مثبطات
سوبرازول. الاربوبرازول.
ير (الذي يستخدم في
20 ملغ. إذا كانت لديك
أوديس 20 ملغ.

دواء تأثيرات غير مرغوب
النادرة ولكن الخطيرة.
الاتصال بالطبيب:
من أو انتفاخ الشفتين
أو فقدان الوعي أو
علو الجلد. في بعض
ة بنزيف في الشفتين
قد يدل ذلك على وجود
شخري.
مرض الكبد.

من أن تظهر في حدود
والأم المعدة والأمساك.

في حدود شخص واحد

ضيق طريقة اشتغال

نشاط.
في حدود شخص واحد

خلايا الدم البيضاء أو
نار ضعف في المناعة.

دا. بما في ذلك انتفاخ

د يؤدي ذلك إلى ارتخاء

• إذا كان البراز يخرج أسود (ملون بالدم).
• إذا كنت تعاني من الإسهال الحاد أو المستديم. لأن الأمبيرازول قد
قرب بارتفاع طفيف في الإسهال للصدى.
• إذا كانت لديك مشاكل كبدية حادة.
• إذا قمت بتطوير تفاعل الحساسية بعد العلاج بدواء مشابه لأوديس
يقبل من حمض المعدة.

• يجب إجراء اختبار من محدد (Chromogranine A)
إذا كنت تأخذ أوديس 20 ملغ لمدة طويلة (أكثر من سنة). فسوف
يقوم طبيبك بمراقبة نشاطك بانتظام. يجب أن خذ بدقة كل الأعراض
والأحداث الجديدة أو الاستثنائية عند زيارتك للطبيب.

أخذ مثبطات مضخة البروتون مثل أوديس 20 ملغ. وخصوصا إذا
تعدت مدة العلاج أكثر من سنة. قد يزيد قليلا من خطر كسور
الورك والرسغ أو العمود الفقري. أخبر طبيبك إذا كان لديك مرض
هشاشة العظام أو إذا كنت تأخذ الكورتكويد (corticoides)
(والتي يمكن أن تزيد من خطر هشاشة العظام).

إذا تعرضت لطفح جلدي. خاصة في المناطق المعرضة للشمس. أخبر
طبيبك في أقرب وقت ممكن. حيث قد تحتاج إلى التوقف عن تناول
أوديس 20 ملغ. لا تنس أن تذكر أي آثار ضارة أخرى. مثل الألم في
المفاصل.

الاطفال:

قد يحتاج بعض الأطفال المصابين بأمراض مزمنة إلى علاج طويل
الأم. على الرغم من عدم النوصية بذلك. لا تعطي هذا الدواء
للأطفال دون سن 1 سنة أو أقل من 10 كجم.

الإشعارات المتعلقة بالسواغات ذات تأثير المعروف:
نظرا لاحتواء هذا الدواء على السكرين فإنه لا ينصح باستعماله في
حالة حساسية ضد الفركتوز أو متلازمة سوء امتصاص الفركتوز أو
الغلاكتوز أو نس في أترم السكر / إيزومالتاز (أعراض وراثية نادرة).
9. التفاعل مع الأدوية وغيرها من التفاعلات:

تناول أدوية أخرى:
إن كنت تتناول أو تناولت مؤخرا دواء آخر بما في ذلك دواء دون وصفة
طبية. أخبر طبيبك بذلك أو الصيدلي. فقد تتج عن تناول أوديس
20 ملغ تأثيرات على أدوية أخرى. كما أن بعض الأدوية قد يكون لها
تأثير على أوديس 20 ملغ.

لا يجب أن تتناول أوديس 20 ملغ إذا كنت تتناول دواء يحتوي على
نيلفينافير (يستخدم لعلاج داء فقدان المناعة).
عليك أن تخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أحد الأدوية الآتية:
• الكينوكسولون / الإيتراكونازول / البوراكونازول أو الفوريكونازول
(أدوية تستخدم لعلاج الإصابات الفطرية);

• الديجوكسين (التي تستخدم لعلاج أمراض القلب);
• الديازيبام (المستخدم في علاج القلق والصرع أو كمساعد على
ارتخاء العضلات);

• الفينيتوين (المستخدم في الصرع). إذا كنت تتناول الفينيتوين
فمن الضروري الخضوع لمراقبة الطبيب عند البدء في تناول أوديس
20 ملغ وعند التوقف عن تناوله;

• مضادات تخثر الدم التي تجعل الدم أكثر سيولة مثل الوارفارين
أو غيرها من فيتامين ك; ومن الضروري في هذه الحالة الخضوع لمراقبة
الطبيب عند البدء في استعمال أوديس 20 ملغ وعند التوقف عن
تناوله;

• ريفاميسين (المستخدم في علاج داء السل);
• أنترافير (المستخدم في علاج داء فقدان المناعة المكتسب);
• التاكروليموس (في حالة زرع الأعضاء);
• ميلبرينوس (هيبريكوم بيرفوراتوم) (المستخدم في علاج
الاكتئاب المعتدل);

• سيلوستازول (المستخدم في علاج العرج المنقطع);
• ساكوينافير (المستخدم في علاج داء فقدان المناعة المكتسب);
• كلوبيدوغريل (التي تستخدم للوقاية من حصيات الدم
(الخثرة)).

• Erlotinib (المستخدم في علاج السرطان).
• الليثوريكسيت (دواء تستخدم بجرعة عالية في العلاج الكيميائي
لعلاج السرطان) - إذا كنت تأخذ جرعة عالية من الليثوريكسيت. فإن

LOT 210830
EXP 01/2024
PPV 52.80DH

اقرأ بعناية
تضمن
إذا كان
المعلم

احتفظ بهذه النشرة الدوائية فقد تحتاج إلى قراءتها مرة أخرى.

1. تعريف الدواء :

الشكل الصيدلي / الهيئة :

أوديس[®] 20 ملغ حبيبات صامدة للعصارة المعدية في برشامات،
علب من فئة 56.28.14.7.

2. مكونات الدواء :

المادة الفعالة:

أوميبرازول 20 ملغ

السواغات: كمية كافية لبرشمة واحدة

سواغ ذو تأثير معروف: السكروز.

3. الصنف الصيدلي العلاجي :

يحتوي أوديس على مادة فعالة تسمى أوميبرازول oméprazole.

وينتمي هذا الدواء لعائلة أدوية تسمى مثبطات مضخة البروتون، وهو

يخفض كمية الحمض المفرز في معدتك.

4. الاستعمالات العلاجية :

يستعمل أوديس[®] 20 ملغ لعلاج الأمراض الآتية:

عند البالغين:

* الجزر المعديّ المريئي: يصعد حمض المعدة عبر المريء (الأنبوب

الرابط بين الحلق والمعدة) مما يؤدي إلى الألم والالتهاب والحرق.

* قرحة الجزء الأعلى من المصرا (قرحة الإثنا عشرية) أو قرحة

المعدة.

* القرحة المتعفنة بجرثومة تسمى للموية البوابية Helicobacter

pylori. وفي هذه الحالة، قد يصف لك طبيبك مضادات حيوية لعلاج

التعفن وشفاة القرحة.

* قرحة المعدة المرتبطة بتناول مضادات الالتهاب غير الستيرويدية.

وقد يستعمل أوديس أيضا للوقاية من هذه القرحة إذا كنت تتناول

هذه المضادات الالتهابية غير الستيرويدية.

* قرط الحمض في المعدة بسبب تضخم البانكرياس (متلازمة

زولينجر-إليسون).

عند الأطفال:

الأطفال الذين يتجاوز عمرهم سنة واحدة والذين يكون وزنهم

يساوي أو أكثر من 10 كغ

* الجزر المعديّ المريئي: يصعد حمض المعدة عبر المريء (الأنبوب

الرابط بين الحلق والمعدة) مما يؤدي إلى الألم والالتهاب والحرق.

* قد تشمل الأعراض عند الأطفال صعود محتوى المعدة إلى الفم

(القيء) والتقيؤ وارتفاع محدود في الوزن.

الأطفال الذين يبلغون من العمر أكثر من 4 سنوات والمراهقين

* القرحة المتعفنة بجرثومة تسمى للموية البوابية Helicobacter

pylori. وفي هذه الحالة، قد يصف لك طبيبك مضادات حيوية لعلاج

التعفن وشفاة القرحة.

5. الجرعة ونظام وأو طريقة التناول، وعدد مرات تناول الدواء.

وفرة العلاج:

احرص دائما على تناول هذا الدواء وفقاً للجرعة التي وصفها لك

الطبيب الخاص بك أو الصيدلي، استشر طبيبك أو الصيدلي إذا كنت

غير متأكد.

يحدد لك طبيبك عدد البرشامات التي تتناولها وفترة الاستعمال.

حسب حالتك الصحية وسنك.

الجرعة:

الجرعات الموصى بها أدناه:

استعمالها عند الكبار:

علاج أعراض مرض الإرجاع المعدي المريئي مثل الحرق والجزر المعدي

لا يجوز أبدا تناول أوديس[®] 20 ملغ :

* إذا كانت لديك حساسية لأوميبرازول أو لأي

عنها أوديس[®] 20 ملغ.

* إذا كانت لديك حساسية لأي مثبط

مضخة البروتون (مثل بانتوبرازول، لان

يسوميبرازول).

* إذا كنت تأخذ دواء يحتوي على نيليفيناف

حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة

إذا كنت في الحالة المبينة أعلاه، لا تأخذ أوديس[®]

شكوك. استشر طبيبك أو الصيدلي قبل تناول

7. الأعراض الجانبية:

كمثل كافة الأدوية من المحتمل أن يكون لهذا

فيها رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.

إذا لاحظت أحد هذه الآثار غير المرغوب فيها

توقف عن تناول أوديس[®] 20 ملغ وسارع إلى

خول مفاجئ للتنفس الطبيعي إلى سر

واللسان والحلق أو الجسم، أو طفح جلدي

صعوبات في البلع (تفاعلات تحسسية خطيرة

* احمرار الجلد طفح مع بثور أو قشور

الأحيان يمكن أن تكون البثور كبيرة ومصحوب

والعنبين والغم والألف والأعضاء التناسلية.

متلازمة ستيفنز جونسون أو انحلال البشرة

* قد تكون القرحة والبثور والغم والتعب

وهناك آثار أخرى جانبية غير مرغوب فيها:

آثار جانبية غير مرغوب فيها شائعة (ي

شخص واحد من أصل 10) :

* الصداع.

* تأثيرات على المعدة أو الأمعاء كالإسهال

وانتفاخ البطن.

* الغثيان أو القيء.

الأورام الحميدة في المعدة.

الآثار الجانبية قليلة التردد (يمكن أن تظهر

من أصل 100) :

* تورم القدمين والكاحلين.

* مشاكل النوم (الأرق).

* دوخة، تئمل ارتخاء ورغبة في النوم.

* دوار.

* تغيرات في نتائج اختبارات الدم التي

الكبد.

* طفح جلدي، وتورم الجلد والحكة.

* شعور بالضيق العام ونقص الحيوية

آثار غير مرغوب فيها نادرة (يمكن أن تظهر

من أصل 1000) :

* اضطرابات الدم مثل انخفاض عدد

الصفيحات الدموية. يمكن أن تسبب هذه

كدمات أو تسبب حدوث العدوى.

* الحساسية. وقد تكون أحيانا شديدة

الشفقتين واللسان والحلق والخصى والصفر.

* انخفاض مستويات الصوديوم في الدم، و

عام، وتقيؤ وتشنجات.