

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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.

### 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 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 067320

ND 31 841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HALTA Ned

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067320

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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.

#### 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.

#### 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Assurance 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.

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- 0041375

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01062 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HATLA MOHAMED

Date de naissance : 1940 / 01 / 01

Adresse : Bloc 05 n° 116 C.D. Casa

Tél. : 064951623 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2020

Nom et prénom du malade : Souk Riti Halima Age :

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

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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
04/06/2020	Q		300000	Dr Youssef EL ATTIA Gastro-entérologue 109, Bd DRISS EL MORTI CASA - Tél: 77 37 83

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/06/2020	23670

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

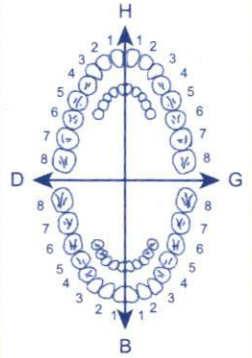
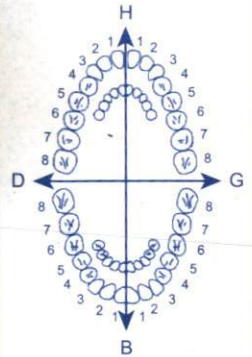
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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 border="1"> <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																
			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



# Docteur Youssef EL ATTAR

Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie  
( Estomac, Intestins, Foie, Hémorroïdes )

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Attaché des Services de

Gastro-entérologie des Hôpitaux de Paris

Ex. Gastroentérologue de l'Hôpital

Militaire Moulay Ismaïl - Meknès

❖ ECHOGRAPHIE

❖ FIBROSCOPIE

❖ PROCTOLOGIE



الكتور يوسف العطار  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
( المعدة، الأمعاء، الكبد والبنكرياس )

خريج كلية الطب بباريس

سابقا داخلي وملحق

بمستشفيات الجهاز الهضمي بباريس

طبيب سابقا بقسم الجهاز الهضمي  
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكناس

❖ الفحص بالأشعة فوق الصوتية

❖ الكشف الداخلي للجهاز الهضمي

❖ جراحة المخرج

Casablanca, Le : 4/06/2020 في الدار البيضاء

5830 M<sup>me</sup> SOKRATI Halima epHATTA

9250 Megaflex 160 (SV) avant les repas

5770 Megaflex 500 (SV) après les repas

2820 Bedelix (SV) avant les repas

2300 Isachetop 20 (SV) après les repas

© : C. 05 22 37 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com

109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik - Othmane-2ème étage - CASABLANCA

92,50

000

Lot	92,50
Exp	
PPV	

PPV	
LOT	28,20
PER	

28,20



P.P.V : 570H70



6

الطبيب أو الصيدلي.

عامة الجرعة الاعتيادية عن

• البالغون:

معدل 3 أكياس في اليوم.

• الأطفال:

- قبل سنتين: ½ كيس مرة أو مرتين في اليوم؛

- من 2 إلى 5 سنوات: ½ كيس 2 إلى 3 مرات في اليوم؛

- من 5 إلى 10 سنوات: 1 كيس مرتين في اليوم.

يجب تدوين محتوى الكيس في نصف كأس من الماء أو مزججه بغذاء

سائل مثل العصيدة (la bouillie) ، مزيج الفواكه (compote)

مسحوق البطاطس (purée)، الخ.

إذا تمسك الطبيب باستعمال بديليكس عن طريق الشرج:

في هذه الحالة، استعمل 1 إلى 3 أكياس من بديليكس مرة إلى 3

في اليوم.

يجب تدوين محتوى الكيس أو الأكياس في 100 ملل من الماء الدافئ

ادخل المسحوق المستعمل المحضر في الشرج بواسطة المحقنة الشرجية

وثيرة العلاج

يجب عليك تناول بديليكس بين الوجبات أو قليلاً قبلها.

مدة العلاج

سيحرك الطبيب كم تستغرق المدة الزمنية لتناول هذا الدواء. إذا

لديك أسئلة أخرى عن استعمال هذا الدواء، اطلب المزيد من المع

من الطبيب أو الصيدلي.

إذا تناولت بديليكس، مسحوق لمستعلق للشرب في كيس أك

يجب:

قد تظهر جرعة مفرطة لدى الطفل بالقيء: إذا منحت بديليكس أك

يجب، قم بزيارة الطبيب.

4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة ؟

كمثل كافة الأدوية، قد يكون لدواء بديليكس، مسحوق لمستعلق ل

في كيس لدى بعض الأشخاص تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أ

تحص جميع الأشخاص:

التأثيرات غير المرغوب فيها هي: طفح جلدي، وذمة كوينك، حكة و

إذا لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيها لم تذكر في هذه النشرة،

أصبحت بعض التأثيرات غير المرغوب فيها خطراً، اخطر الطبيب

الصيدلي بذلك.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول بديليكس،

مسحوق لمستعلق للشرب في كيس ؟

إذا أخبرك الطبيب بعدم تحمل بعض السكريات، اتصل به قبل

تناول هذا الدواء.

لا تتناول بديليكس، مسحوق لمستعلق للشرب في كيس:

• إذا كانت لديك حساسية تجاه المادة الفعالة (مونتموريونيت

بديليتيك) أو اتجاه أحد مكونات بديليكس (توجد لائحة

المكونات في الفقرة 6).

• إذا كنت تعاني من مرض يتسبب في تقلص القناة الهضمية.

يجب الانتهاء عند استعمال بديليكس، مسحوق لمستعلق

للشرب في كيس:

إذا كنت خاضعاً لغسيل كلوي ، هذا يعني أن الكليتان لا تؤدّيان

وظائفهما على نحو جيد، وسيكون من الصعب عليهما طرح

هيدروكسيد الألمنيوم الموجود في هذا الدواء. في هذه الحالة، لا

يجب تناول هذا الدواء لمدة طويلة بدون استشارة الطبيب.

ينصح بعدم استعمال هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من

متلازمة سوء امتصاص غلوكوز و/أو لكتوز.

تناول أدوية أخرى

يجب ترك فاصل زمني بين تناول بديليكس ودواء آخر لتجنب

تقليل فعالية العلاج الآخر.

إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً دواء آخر، بما فيه الأدوية بدون

وصفة طبية، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

الأغذية والمشروبات

يجب تناول بديليكس بين الوجبات أو قليلاً قبلها.

الحمل والرضاعة

يجب استعمال هذا الدواء بكل حيلة خلال الحمل والرضاعة.

بصفة عامة، إذا كنت حاملاً أو ترضعين، استشري دائماً الطبيب

أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

لائحة السواغات ذات فعالية معروفة:

غلوكوز، ساكارين صودي.

3. كيف يجب استعمال بديليكس، مسحوق لمستعلق للشرب في كيس ؟

الجرعات

احترم دائماً الجرعة التي يصفها طبيبك. في حالة الشك، استشر

# مكاسفون®

فلوغو كلسنول / تريمتيلفلوروغلوكتينول

مكاسفون® 80 ملغ، أقراص قابلة للذوبان  
مكاسفون® 160 ملغ، أقراص قابلة للذوبان  
مكاسفون® 150 ملغ / 150 ملغ، حمولات

يرجى قراءة هذه النشرة الدوائية بعناية قبل تناول هذا الدواء، فهي تحتوي على معلومات هامة تخص علاجك.

يمكن استخدام هذا الدواء في التداوي الذاتي، مما يعني أنه يمكن استخدامه دون استشارة الطبيب ودون الحاجة إلى وصفة دوائية. إذا استمرت الأعراض أو ازدادت حدتها أو إذا ظهرت أعراض أخرى، فاطلب مشورة طبيبك أو الصيدلي.

تهدف هذه النشرة الدوائية إلى مساعدتك على استخدام هذا الدواء جيدا. فاحتفظ بها فقد تحتاج إلى قراءتها مرة أخرى.

إذا أخطرتك طبيبك عن حساسية لبعض السكريات، إتصل به قبل تناول هذا الدواء. لا ينبغي ترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

## الشكل

مكاسفون® 80 ملغ و 160 ملغ، أقراص قابلة للذوبان، علبة من فئة 10 أقراص و 20 قرصا.  
مكاسفون® 150 ملغ / 150 ملغ، حمولات، علبة من فئة 10 حمولات.

## التركيبة

المادّات الفعّالة : فلوروغلوكتينول، تريمتيلفلوروغلوكتينول  
يحتوي مكاسفون® 80 ملغ على 80 ملغ من فلوروغلوكتينول هيدرات في كل قرص قابل للذوبان.

يحتوي مكاسفون® 160 ملغ على 160 ملغ من فلوروغلوكتينول هيدرات في كل قرص قابل للذوبان.

يحتوي مكاسفون® حمولات على 150 ملغ من فلوروغلوكتينول هيدرات و على 150 ملغ من تريمتيلفلوروغلوكتينول في كل حمولة.

السواغات: الكمية اللازمة لكل قرص قابل للذوبان أو لكل حمولة.

## الفئة الصيدلانية للعلاجية

هذا الدواء مضاد للتشنجات العضلية.

## الإرشادات العلاجية

يوصف مكاسفون® لمعالجة ما يلي:

- علاج أعراض الآلام المرتبطة بالاضطرابات الوظيفية للأنبوب الهضمي والمساالك المرارية.

- علاج نوبات التشنج والنوبات الحادة للمساالك البولية : المغص الكلوي.

## الحمل

إذا كنت حاملا، فينبغي أن تستشيري طبيبك أو الصيدلي قبل تناول هذا الدواء. ولا ينبغي تناول مكاسفون® في فترة الحمل إلا عند الضرورة.

## الإرضاع

لا يُنصح باستخدام مكاسفون® لدى المرأة التي تُرضع. اطلبي مشورة طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

## الرياضيون

غير وارد.

التأثير على القدرة على قيادة السيارات أو استخدام الآلات

غير وارد.

LOT : 4066

U T. AV : 07-21

P.P.V : 58 DH 30

لائحة السواغات ذات التأثير الملحوظ

مكاسفون®، أقراص قابلة للذوبان: اللاك

الجرعة، طريقة وآو مسلك التناول

## الجرعة

مكاسفون® 80 ملغ، أقراص قابلة للذوبان:

بالنسبة للكبار، الجرعة المعتادة هي قرصان (2) في اليوم، يتم تناولهما عند ظهور الأزمة، وتؤخذ نفس الجرعة مجددا في حالة التشنجات الحادة.

بالنسبة للأطفال، قرص واحد قابل للذوبان، مرتين في اليوم.

مكاسفون® 160 ملغ، أقراص قابلة للذوبان: مخصص للكبار

تناول قرصا واحدا قابل للذوبان عند ظهور الأزمة. وينبغي تجديد الجرعة في حالة التشنجات الحادة مع احترام فارق زمني لمدة ساعتين على الأقل بين الجرعات دون أن تتجاوز 3 أقراص

مكاسفون® 160 ملغ في اليوم.

مكاسفون® حمولات: 3 حمولات في 24 ساعة.

طريقة ومسلك التناول وتردد الاستخدام

مكاسفون® أقراص قابلة للذوبان: عن طريق الفم.

بالنسبة للكبار، ينبغي إذابة القرص في كوب من الماء أو تركه يذوب تحت اللسان للحصول على مفعول سريع.

بالنسبة للأطفال، ينبغي إذابة القرص في كوب من الماء.

وفي جميع الحالات، ينبغي احترام الوصفة الطبية بحذافيرها.

مكاسفون® حمولات: عن طريق المخرج.

## الجرعة الزائدة

إذا تناولت كمية مكاسفون® أكثر مما ينبغي، فاستشر طبيبك.

التعليمات في حالة نسيان جرعة واحدة أو أكثر

إذا نسيت تناول مكاسفون® فتجنب أن تتناول جرعة مضاعفة لتعويض الجرعة التي نسيتها.

## خطر تلازمة الانقطاع

غير وارد.

## الآثار الجانبية