

## 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.

#### Optimus 1

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

#### REGISTRATION

- 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.

P. 107

- 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'Hydrocarbure - Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 82 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

Nº W19-513369

ND: 36957

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12281		
Société :		Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RMAIL Mouhssine
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	638288829	Total des frais engagés :	989,50
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	en dépannage YAKINE
Appel 78 00	Spécialiste hepato-gastro-entérologue
	Docteur Sérgine imm. Boulaqane
	No 3 2 <sup>me</sup> étage Mohammadie
	10 24 94 02 36 67 60
Cachet du médecin :	10/11/2020
Date de consultation :	10/10/2020
Nom et prénom du malade :	R. MAIL YAKINE
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 piconfidentiel 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 : Montmorency

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/03/2020

2013-01-01

~~100~~ 100

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<b>PHARMACIE PONT BLONDEL</b> Dr. LALI KOUBAA 10 Mai, 218 Blz C.R.F. Mansoura Elmane - Tél./Fax : 05 23 30 30 18 Immedia 5704 - Patente N° 39941500	04/08/2023	639, 530 HT

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

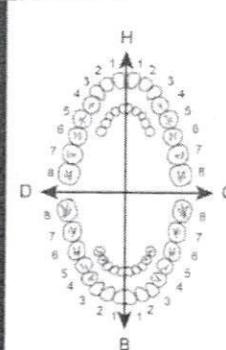
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

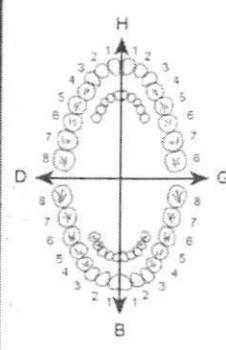


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
95533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

100

1000

ANSWER

100

.....

ANSWER

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Saloua YAKINE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Foie - Vésicule Biliaire - Pancréas - Intestins

Vidéo endoscopie Digestive:

Fibroscopie - Recto sigmoidoscopie - Colonoscopie

Echographie Abdominale : Diagnostique et Interventionnelle

Proctologie : Hémorroïdes - Fissures - Fistules et Abscès

# الدكتورة سلوى يقين

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار بالفيديو

للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدى ما فوق الصوتية

Mohammedia, le : .....  
04/08/2020

## Mr RMAIL Mouhsine

250 ₣

### VITABACTER PROBIOTIQUES

SV

2 gélules, matin après repas

215,00 ₣

### RACIPER 40

SV

1 comprimé le matin après repas, pendant 1 mois

73,15 ₣

### PROCTANOL SUPPO

SV

1 suppositoire, matin et soir

44,15 ₣

### BARK GEL

SV

1 application, matin et soir

46,50 ₣

### NALGESIC

SV

1 comprimé, 3 fois par jour après repas

629,50 ₣

## HARMACIE PONT BLONDIN

Dr. LALI KOUBAA

Plage T11, 2ème étage C.R. El Mansoura

Ben Yakkha - Tel. 05 23 30 30 18

10 Mohammedia 5704 - Patente N° 39941500

ICP : 000416675000029

Saloua YAKINE  
Gastro-entérologie  
Hépato-Gastro-Immuno-Bouargane  
en Alimentation et Nutrition  
N° 3, 1er étage Mohammedia  
Tél: 05 23 30 29 44 Urgence: 05 23 31 60 60  
N° 3, 1er étage Mohammedia  
Tél: 05 23 30 29 44 Urgence: 05 23 31 60 60

شارع عبد الرحمن السعدي - عمارة بورگان رقم 3 الطابق الأول المحمدية - الهاتف: 05 23 31 60 60 - المستعجلات: 05 23 30 29 44  
Bd. Abderrahmane Serghini, Imm. Bouargane - Appt, N°3, 1er étage Mohammedia - Tél: 05 23 30 29 44 - Urgence: 05 23 31 60 60

# VITABACTER®

N° DE LOT / BATCH N°:

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE:

À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE:

PPC: 250.00 dhs

Bark Gel

PPC: 74,50 Dhs

Dr. Müller  
PHARMA

8 595610 402563



Dispositif médical CE  
La notice à l'utilisateur  
Suppositoires Proctanol N10

Veuillez lire attentivement cette instruction car elle contient des informations importantes.

Utilisez toujours ce dispositif médical précisément comme indiqué pour un effet optimal.

- Ne jetez pas cette notice car vous pourriez avoir besoin de la relire dans le futur.
- Si vous souhaitez en savoir plus sur les indications de ce produit ou demander des conseils, consultez un pharmacien.
- Si les effets indésirables se manifestent (même ceux qui ne sont pas spécifiés dans cette notice), demandez conseil à votre médecin.
- Cessez d'utiliser le produit si vous ne vous sentez pas mieux ou si vous commencez à vous sentir mal.

**Indications.** Les suppositoires Proctanol sont un moyen supplémentaire utilisé en cas d'atteinte de la couche superficielle de la muqueuse pour soulager l'irritation anale induite par les hémorroïdes, l'inflammation et la douleur.

**Contre-indications.** L'utilisation de ce produit peut provoquer des réactions allergiques. Si une réaction allergique se manifeste ou si vous commencez à vous sentir mal, consultez un médecin.

Ne pas utiliser le produit si vous êtes allergique à l'un de ses constituants.

**Comment fonctionne Proctanol.** Les suppositoires Proctanol recouvrent la muqueuse d'une barrière mécanique spéciale qui protège la muqueuse contre les dommages et l'inflammation, et assure l'effet thérapeutique ininterrompu.

**Utilisation de Proctanol et dosage.** Toujours utiliser les suppositoires exactement comme spécifié dans cette instruction ou selon les instructions de votre médecin ou pharmacien. Si vous avez des doutes concernant l'utilisation, consultez un médecin ou un pharmacien.

**PROCTANOL**

Pour traiter les hémorroïdes



4 779034 470429

PPC: 73,50Dhs

une  
ion

# راسبير®

إزوميرازول المغذى يوم

20 ملء و 40 ملء

أقراص مقاومة لحموضة المعدة في علب من فئة 7، 14 و 28

المرجو قراءة كامل هذه النشرة بتمعن قبل تناول هذا الدواء.  
حافظ على هذه النشرة، قد تحتاج لقراءتها من جديد في وقت لاحق.

إن كان لديك أي سؤال أو اتت إليك أي شك، المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي قصد الحصول على المزيد من المعلومات.

تم وصف هذا الدواء لك شخصياً، لذا لا تعطيه لأي شخص آخر حتى في حال تلقيه الأعراض لأنها قد يضر بها.

في حال ازدادت شدة التأثيرات غير المرغوب فيها أو لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيه لم تذكر في هذه النشرة، الرجاء إبلاغ طبيبك أو الصيدلي.

## 1. تركيبة الدواء

يحتوي كل قرص مقاوم لحموضة المعدة على 20 ملء أو 40 ملء من المادة الفعالة: إزوميرازول (على شكل كبسولة إزوميرازول المغذى يوم).

المكونات الأخرى: الكاتالوكس، سيليلوز (HPC-L)، بروبيل، السيلوز (PV)، ماكروگول 400، تالك منقى، لات (HP-50)، شاثانيل فايلات، PH1، الكروبيسيوفيتون (PPXL)، 03B8، ماكروگول 4000، كحول ت السكرية).

**RACIPER® 40 mg**  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



6 1118001 300754

هذه صدقة تسمى إزوميرازول. ينتهي هذا الدواء إلى فئة مثبتات في المعدة.

## الحموضة المعدة لعلاج الأمراض التالية:

المعدة إلى المريء وتنبيه في الألم والالتهاب.

PPV:215DH00

يس  
السا  
الا  
والقر

فرجه المعدة أو الإثني عشر في حال الإصابة بجرثومة تدعى هيليكوباكتر بيلوري. إذا اطبقت عليك هذه الحالة، قد يصف لك الطبيب أيضاً بعض المضادات الحيوية لعلاج هذا

اضطرابات كبدية تشمل البرقان الذي يمكن أن يسبب اصفرار الجلد وتحول لون البول إلى اللون الداكن والوهن.

استساط الشعر (الصلع).

طفح جلدي بعد التعرض لأنشعه الشمس.

.

.

الشعور بالوهن ونقص الطاقة.

العرق الشديد.

تأثيرات غير مرغوب فيها جد نادرة (يمكن أن تظهر لدى شخص واحد من بين 10000 شخص)

غير في عدد خلايا الدم بما في ذلك ندرة المحببات (نقص في عدد الكريات البيضاء)، عروائية.

هلوسة بصرية، أوجسحية أو سمعية.

اضطرابات كبدية شديدة مما يؤدي إلى فشل كبدى والتهاب في الدماغ.

ظهور مفاجئ لطفح جلدي شديد، وبنثر أو تشتير كثيف للجلد (رور) فعل على شكل فقاعات) يصاحبه حمى والألم في المفاصل (حمى متعددة الأشكال، متلازمة ستيفن جونسون، انحلال البشرة (السعس)).

ضيق المفاصل.

مشكلات حادة في الكلى.

النفاس التدريجي لدى الرجال.

تأثيرات غير مرغوب فيها ذات تردد غير معروف (لا يمكن تغيير التردد في ظل البيانات المتاحة).

إذا كنت تتناول راسبير® 20 ملء و 40 ملء، أقراص مقاومة لحموضة المعدة، لأكثر من ثلاثة أشهر، يمكن أن تختفي مسخنات المغذى يوم في الدم، يمكن لانخفاض مستويات المغذى يوم أن يؤدي إلى تعب، ارتعاش المفاصل، ارتياب، تشنجات، توهة، تسارع ضربات القلب، إذا كنت تتعافى من أحد هذه الأعراض، الرجاء إبلاغ طبيبك فوراً. يمكن لانخفاض مستويات المغذى يوم أن يؤدي أيضاً إلى انخفاض مستويات البوتاسيوم أو الكالسيوم في الدم، قد يقرر طبيبك إجراء اختبارات الدم لبيان رغبة مسخنات المغذى يوم لديك.

التهاب الأمعاء (الذي يؤدي إلى الإسهال).

يمكن لراسبير® في حالات نادرة جداً أن يؤثر على خلايا الدم البيضاء مما يؤدي إلى نقص المناعة. يجب عليك استشارة طبيبك في أقرب وقت ممكن إذا كنت تعاني من هذه الأعراض مثل الحمى المصورة بالتعب الشديد، أو الحمى المصورة بأعراض العلو الموضعية مثل الألم في الرقبة والطلق، والقمع، أو سمعوية في البول. إذا بروزت لديك هذه الأعراض، يمكن استخدام الأصلية بتفصيل في خلايا الدم البيضاء (ندرة المحببات) بواسطة خصائص الدم، من المهم أن توفر المعلومات حول الأدوية التي تتناولها في هذه الحالة.

لا يجب تجاهل هذه القائمة التي تضم التأثيرات الغير مرغوب فيها لم يتم الإشارة إليها بهذه النشرة، أو ازدادت بظهور لديك أي تأثير منها.

في حال لاحظت بروز تأثيرات غير مرغوب فيها لم يتم الإشارة إليها بهذه النشرة، أو ازدادت شدة بعض التأثيرات الغير مرغوب فيها، الرجوا إشعار طبيبك أو الصيدلي بذلك.

# NALGESIC® 300 mg

## Comprimés pelliculés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

- 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 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.

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

La substance active est :

Fénopropène (sous forme de fénopropène calcium) ..... 300,00 mg

Pour un comprimé pelliculé

Les autres composants sont : amidon, hydrogénophosphate de calcium dihydraté, stéarate de magnésium, acide stéarique, Amberlite XE-88, Opadry Y 1.7000, talc.

### FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Comprimé pelliculé, boîtes de 12 et 36.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Anti-inflammatoire non stéroïdien.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 15 ans dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

### ATTENTION !

#### DANS QUELLES CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ne pas utiliser ce médicament :

- Au-delà de 15 ans, sauf recommandation d'un spécialiste.
- Antécédents d'allergie à l'un des constituants du comprimé ;
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution ;
- Maladie grave du foie ;
- Maladie grave des reins ;
- Maladie grave du cœur ;

- Lupus érythémateux disséminé. Ce médicament est généralement déconseillé :
- En association avec d'autres AINS (y compris les salicylés), anticoagulants oraux, héparines, lithium, méthotrexate à partir de 15 mg/semaine (cf interactions).

- Chez la femme allaitante.

**EN CAS DE DOUCE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Avant d'utiliser ce médicament, prévenez votre médecin en cas :

- D'antécédents d'asthme associés à une rhinite chronique ou des polypes du nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- De prise d'un traitement anti-coagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves.
- D'antécédents digestifs (hémorragie digestive, hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien) ;
- De maladie du cœur, du foie, des reins ;
- D'infection. La surveillance médicale doit être renforcée ;
- De varicelle. Ce médicament est déconseillé

**Nalgesic® 300 mg**  
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

142209

10 2022

76 50

76,50

... autres non stéroïdiens y compris l'aspirine et ses dérivés, de l'héparine, du lithium, du méthotrexate (à des doses supérieures à 15 mg par semaine), même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

### GROSSESSE - ALLAITEMENT

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA