

# 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](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)

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 - Tel : 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° W19-557173

40267 sans C.R.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3325 Société : Royal Air Maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
 Nom & Prénom : CHAHMOUNE MOSTAFA  
 Date de naissance : 25.10.1958  
 Adresse : COOP ECHABAB H. HOUDA Rue N°2 MAISON 28 BERRACHID  
 Tél : 066153573 Total des frais engagés : 654,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/08/2020  
 Nom et prénom du malade : ABOURAGBA KHADJA Age : 59 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Lithiase vésiculaire + UNID + ASK

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 : CASABLANCA Le : 16 SEP 2020  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



| 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                             |
| 3/10/08                        | 2020              | C2                    | 3.00 n 84                       | INP : 1091096271<br><b>DR. HEFFOUDHI-M</b><br>Gast...<br>Hôpital...<br>05 22 20 81 04 / 05 |
| 04/08/2008                     |                   | ECHO                  | 3.00 n 84                       |  |
|                                |                   | Total                 | 6.00 n 00                       |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie Mosquée<br>Dr. SHAM TAMIR<br>N° 1-2 Mosquée Sport<br>Hay Riad (A côté du Stade Sport)<br>Tél/Fax: 05 22 33 68 22 | 07/08/08 | 54,10                 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |     |     |     |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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.                                   |   |                  |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez 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 | INP : <input type="text"/>                   |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             | 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   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | <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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H  |                                    | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G |  | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H   |                  |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552         |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000         |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | D   |                  |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000         |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 35533411  | 11433553         |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | G   |                  |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | B   |                  |             |  |                                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |  | 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

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

le 4.08.2020

Dr ABOURACBA Khedir

facture des honoraires

consultation 2 - 200,00 DA

+ Echographie - 200,00 DA

Total = 400,00 DA (soit 400,00 DA)

Dr. HEFFOUDHI-M.

Generaliste

Réaumur Hôpitaux

CASABLANCA - Tél. 05 22 20 61 04 / 05

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPÉCIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظور الداخلي

الفحص بالصدى

Casablanca le, 07/08/2020

Mme Abouragba Khadija

en attendant une consultation de cardiologie

19,50  
Spasfon lyc -1bte

1 cp à sucer toutes les 8 h

34,60  
Lasilix 40

1 cp matin et midi

صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée el Riad  
Dr. SITIHM TAMIR  
N°: 1-2 Mosquée el Riad  
Hay Riad (A côté de Sidi Jort) Benrechir  
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

T: 54,10

  
Del. Ass.  
CASABLANCA - 05 22 20 01 04 / 05

 **Lasilix® 40 mg**  
 **Lasilix® 20 mg/2 ml**

LOT : 20E014  
PER.: 12 2023

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Furosémide

SANOFI 

**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 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 relire à nouveau.

**IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

**Composition**

**LASILIX 40 mg comprimés :**

Furosémide ..... 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

**LASILIX 20 mg/2ml :**

Furosémide..... 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

**Formes pharmaceutiques et présentations**

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,

ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

**DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT**

**Voie orale :**

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

**Voie injectable :**

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétention de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

**ATTENTION !**

**Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

# Spasfon-Lyoc<sup>®</sup> 80 phloroglucinol hydraté

SPASFON-LYOC  
LYOPH.ORAL (10)  
Zenith Pharma  
P.P.V. : 19,50 DHS

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle 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 votre 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.

## **1. QU'EST-CE QUE SPASFON-LYOC<sup>®</sup>80 mg, lyophilisat oral ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)

(G : système génito-urinaire)

## **Mode d'administration**

Voie orale

- Chez l'adulte : les lyophilisats oraux sont à dissoudre dans un verre d'eau ou à laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.
- Chez l'enfant : les lyophilisats oraux sont à dissoudre dans un verre d'eau.

## **4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, SPASFON-LYOC 80 mg, lyophilisat oral est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

Manifestations cutanéomuqueuses et allergiques : éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique. Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## **5. COMMENT CONSERVER SPASFON-LYOC<sup>®</sup>80 mg, lyophilisat oral ?**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser SPASFON-LYOC 80mg, lyophilisat oral après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.