

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-559207

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04690 Société : 43265  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : LABBAKI KHALID  
 Date de naissance : 13.03.1958  
 Adresse : N°4 AV ORAN RUE ADIS ABABA  
 30400 T FES  
 Tél. : 06 56 46 30 36 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2020  
 Nom et prénom du malade : LABBAKI Khalid Age : 65 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : cancer de prostate  
 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 : 02/09/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
09/09/2020	cy		gratuit	INP : 051210843
				Docteur Adil OUZZANE
				Chirurgien Urologue & Andrologue
				22 Bd. Yacoub Elmansour

02/09/2020 07 ..... 092010843 .....  
Docteur Adil OUZZANE  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
23 Bd. Yacoub Elmanssour

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-09-2020	1763,90

1763 90

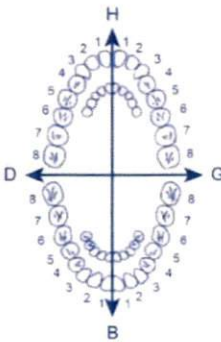
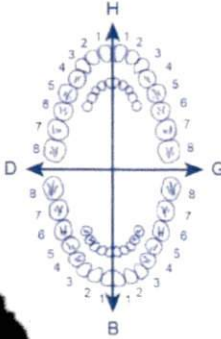
[illegible][illegible]

# 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 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the top and moving down. The top of the arch is labeled 'H', the left side is labeled 'D', and the bottom is labeled 'B'.

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Total

1763,90



CENTRE  
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

PHARMACIE  
RIAD SIDI MOUMEN  
Imm. 3 Resd. Riad Sidi Moumen  
Tél: 05 22 70 60 53 - Casa  
INPE: 092086941

Casablanca, le

2/09/2020

Dr LABBAKI

Khalid

347,00 x4  
132,00 x2

Novex a4 →

11'00 S/c 1 jour

15,80  
x2

Doliprane 1000 → (10ste)

27,50

→ Sparf → 80 → (1ste)

52,80

→ Paracet 20 → 2cp x 3 j

→ Bêtaadine (1 place) (1 jour)

→ Comprimés Stanten

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca

Tél.: 0522 77 81 81

Fax: 0522 99 65 74

E-mail: info@ciccasablanca.ma

Site web: www.ciccasablanca.ma

Docteur Adil OUZZANE  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
22, Bd. Mohammed VI - Casablanca  
Bureau N°42 - Casablanca  
Fix: 0522 23 61 61  
AKDITAL  
Acteur de Santé

000423  
132.00

000423  
132.00

# نوفيكس

إنوكسابارين، صوديوم

LOT 201866 1

EXP 07 2022

PPV 347.00 DH

**Novex®**

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

6 seringues pré-remplies

Rembournable AMO



6 118000 021902

صباح

المدة



# نوفيكس

إنوكسابارين، صوديك

LOT 201866 1

EXP 07 2022

PPV 347.00 DH

**Novex®**

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

6 seringues pré-remplies

Rembourable AMO



6 118000 021902

صباح

المدة



# نوفيكس

إنوكسابارين، صوديك

LOT 201866 1

EXP 07 2022

PPV 347.00 DH

**Novex®**

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

6 seringues pré-remplies

Rembourable AMO



6 118000 021902

صباح

المدة



# نوفيكس

إنوكسابارين، صوديك

LOT 201866 1

EXP 07 2022

PPV 347.00 DH

**Novex®**

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

6 seringues pré-remplies

Rembourable AMO



6 118000 021902

صباح

المدة





# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable

PARACÉTAMOL

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent. Les excipients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme. Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable

PARACÉTAMOL

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent. Les excipients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme. Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



# Spasfon® 80 mg

Comprimé enrobé

Phloroglucinolhydrate

de cette

soin de la

avez un

médecin

prescrit.

même en

il lui être

nocif

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## COMPOSITION :

Phloroglucinol hydraté ..... 80.000 mg  
Quantité correspondant en Phloroglucinol anhydre ... 62.233 mg  
Triméthylphloroglucinol ..... 80 mg  
Pour un comprimé enrobé

**Les autres composants sont :** lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

**Excipients à effet notoire :** lactose, amidon de blé, saccharose

## FORME ET PRESENTATION :

Comprimé enrobé Boîte de 30

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

**ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE**

(A.: appareil digestif et métabolisme)

(G: système génito-urinaire)

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

## CONTRE-INDICATIONS :

**Ne prenez jamais Spasfon®, comprimé enrobé :**

- en cas d'allergie à l'un des composants.
- en cas d'intolérance ou d'allergie au gluten, en raison de présence d'amidon de blé (gluten).

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

## MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:

### Mises en garde

En raison de présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). L'association de phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

### Précautions d'emploi

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRE

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

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

L'utilisation de ce médicament, ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**Spasfon®** est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

### Posologie

#### Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

#### Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

#### Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

## EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, **Spasfon®**, comprimé enrobé 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.**

## CONDITIONS DE CONSERVATION :

Aucune condition particulière de conservation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Ne pas utiliser **Spasfon®**, comprimé enrobé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Date de la notice : Janvier 2018

Spasfon®  
30 comprimés enrobés



6 118000 330226



# Prazol<sup>®</sup> 20 mg

oméprazole

PPV : 52DH80  
PER : 08/22  
LOT : J494-3

Prazol<sup>®</sup> 20 mg  
Oméprazole

14 gélules



6 118000 040644

z un effet indésirable non mentionné

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol<sup>®</sup> 20 mg :

Oméprazole (DCI) ..... 20 mg

Excipients qsp ..... 1 gélule

## FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastro-résistants.

- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PAZOL<sup>®</sup> 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PAZOL<sup>®</sup> 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PAZOL<sup>®</sup> 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

