

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## 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 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 chronique 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

Matricule : 1467 Société : RAM MUPRAS

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUIMEN BRAHIM

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : m-14 lot 80d HARES MAY my Rachid case

Tél. : 064941231 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2020

Nom et prénom du malade : MOUIMEN BRAHIM

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affectation

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.

Signature de l'adhérent(e) : 49031

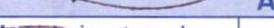
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/10/2020	VR	300.00	DHAKI Ioumés Dr. CHAKI Ioumés - nähannateur nähannateur la Source	DR. CHAKI Ioumés Dr. CHAKI Ioumés - nähannateur nähannateur la Source

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.10.2023	212.00 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
 <b>El Mustapha BASSOS</b> Bd Zaid Allam N° 11 Kassarjal El Kantaoui Casablanca Tél: 06 22 11 81 52 Docteur en Radiologie			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	3.01.10/20		P H.			100,00	

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

## (Création, remont, adjonction)

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



## ORDONNANCE

~~Total: 15370~~

Casablanca, le: 31/2/2020

جراحة المسالك البولية التناصية

## UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

جراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

## CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

## CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الاحتياجات الطبيةREANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

## CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

me Maumen Ble Sim

300

1) Myomectomie

19 x 3/7

2090

2) Phenytoin 100mg

19 x 4/7

280

3) Prostol 20mg

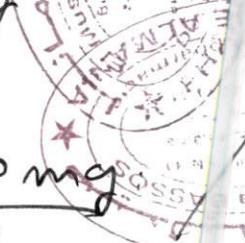
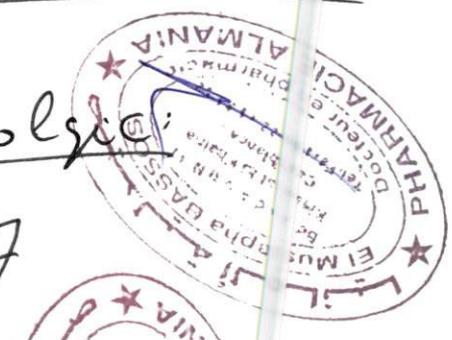
19/2/20, levaie / volont 722

14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux - Casablanca - المستشفيات 20 000 الدار البيضاء -

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - Fax : 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail (Administration) : contact@cliniquelasource.ma - E-mail (Medical) : info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation d'Urologie (1er Etage) - Tél. : 05 22 10 14 40 - 363355

S.C.P. - I.F. : 14415714 - C.N.S.S. : 9428120 - T. P. : 363355



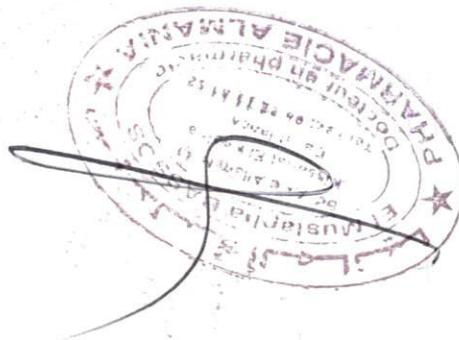
58,30

(S.V.)

Degosfer 16

$n = 31$  46 ✓  
212,00

Dr. CHAOUKI Townes  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Sainte-Justine  
Source



# Prazol® 20 mg

oméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à un autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait être dangereux.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ne trouvez pas la réponse à vos questions, parlez-en à votre médecin.

PPV : 520W80  
SER : 07/07

LOT : H1408-6



1 gélule

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI).....

Excipients qsp .....

## FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 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 MÉDICAMENT

PRAZOL® 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). PRAZOL® 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 MÉDICAMENT

- Maladie ulcéruseuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

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

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

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

# MYANTALGIC®

(Tramadol/Paracétamol)

## FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

## COMPOSITION

### Comprimé pelliculé

Tramadol chlorhydrate

Paracétamol

325,00 m

Excipient q.s.p

1 comprimé pelliculé

### Comprimé effervescent

Tramadol chlorhydrate

37,50 m

Paracétamol

325,00 m

Excipient q.s.p

1 comprimé effervescent

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits dépresseurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

**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

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion)
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

**AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN**

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.



# Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

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

Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est à dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.

Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.

Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez là, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

**NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS**

## **PRESENTATION**

MEGASFON® 80 mg et 160 mg, comprimés orodispersibles boîte de 10 et 20.

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires, boîte de 8.

## **COMPOSITION**

Substance actives : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® 150 mg / 150 mg contient 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de Triméthylphloroglucinol par suppositoire.

Excipients : qsp 1 comprimé orodispersible ou 1 suppositoire.

## **CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

ANTIDIARRHOIQUE MUSCULOTROPE

## **INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES**

LOT : 9941

UT. AV: 04-22

P.P.V : 58 DH 30

te, vous devez demander l'avis de votre médecin ou de prendre ce médicament. L'utilisation de MEGASFON® ne envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

## **Allaitement**

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allaite.

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

## **SPORTIFS**

Sans objet.

## **EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES**

Sans objet.

## **LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Lactose, aspartam.

## **POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION**

### **Posologie**

MEGASFON® 80 mg comprimés orodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant, 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés orodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé orodispersible, au moment de la crise. Renouvez en cas de spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 3 comprimés de MEGASFON® 160 mg par jour.

MEGASFON® suppositoires : 3 suppositoires par 24 heures.

### **Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration**

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Voie orale

Chez l'adulte, le comprimé est à dissoudre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau.

# CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P



14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
 Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca  
 Tél. : 05 22 20 14 40 /41 - Fax : 05 22 20 13 99  
 RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42/43  
 www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma

مصحة المطبع

14، زنقة تفي الدين (برن سابقا)  
 في المستشفيات 20000 الدار البيضاء  
 الهاتف : 05 22 20 14 40/41 - فاكس : 05 22 20 14 42/43  
 موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول  
 البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma  
 الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma

## F A C T U R E

N° : 4900 / 2020 du 31/10/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr MOUMEN BRAHIM	Payant	31/10/20 31/10/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
INJECTION		1,00	100,00	100,00
<b>Total clinique</b>				<b>100,00</b>

Arrêtée à la somme de :	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>100,00</b>
CENT DIRHAMS		

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde

CLINIQUE LA SOURCE  
 14, Rue TAKI EDDINE (Ex. Berne)  
 Casablanca - Tél. : 05 22 20 14 40

الصحيحة

QUE LA SOURCE

RECU

N° 02051

BP [ ]

Taki Eddine (Ex Berne)  
Hôpital 20000 Casablanca  
Consultation d'Urologie (1ère Etage)  
: 05 22 20 14 42/43  
: 05 22 20 14 40 /41  
ax : 05 22 20 13 99  
v.cliniquelasource.ma  
ontact@cliniquelasource.ma

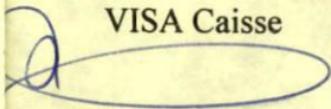
Consultation (URGENCES)

Moumen Brahim

ne de

300000

VISA Caisse



Date :

31/01/20