

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [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 - 5ème 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° W19-532881

83317

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11764 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI SANAA

Date de naissance : 13/01/1976

Adresse : 39, Res MYRAMAR 2, Rue Abdou

quartier Cuba, Casa

Tél. : 0611096273 Total des frais engagés : 521,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya SAATI  
Médecin Générale  
58, Bd. Zerkouni - Bourgogne  
2ème étage - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 13 00

Date de consultation : 21/06/2021

Nom et prénom du malade : MANSOURI SANAA Age :

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

Nature de la maladie : *hypertension artérielle*

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 : 21/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*SANAA*

VOU ET ADHESION



# 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
21/06/2011	C	-	200.00	Dr. Soumaya Medecin Généraliste 355, Bd. Zerktouni - Bourgogne 2ème Etage - Casablanca Tél. 05 22 27 13 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DERS TAZI 23 Rue Tizi 20030 CASABLANCA Tél. 0522 20 85 74	21/06/2011	321.10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

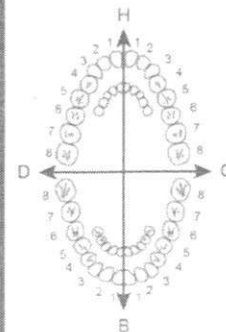
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

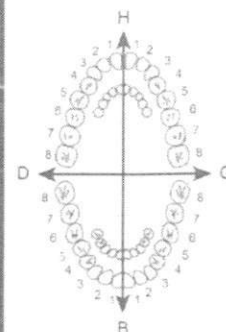
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. SAATI SOUMYA

Medecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة سعتي سمية

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le 21/06/11

Mr. Bensoussi Samir

Belagouy 49.00



Mr. Bouzou 160

Kalou 75.50

Prasat 46.28







Gouttes buvables  
Voie orale

# KALMAGAS®

Comprimé

LOT : 210207  
PER : 04/2026  
PPC : 79,90 DH

KALMAGAS®

## FORME ET PRESENTATION :

Comprimé.  
Gouttes buvables, flacon 30 ml.

## COMPOSITION :

**KALMAGAS® Comprimé** : Charbon végétal, cellulose, antiagglomérant : dioxyde de silicium, carbonate de calcium, amidon, gomme arabique, huile essentielle de Menthe (*Mentha piperita*), huile essentielle de Fenouil (*Foeniculum vulgare*), polyvinylpyrrolidone, magnésium stéarate, carboxyméthylcellulose.

**KALMAGAS® Gouttes buvables** : Eau déminéralisée, Glycérol, Fenouil (*Foeniculum vulgare*) extrait sec (6,7%), Camomille (*Matricaria recutita*) extrait sec (6,7%), Carvi (*Carum carvi*) extrait sec (5%), Conservateur naturel : Sorbate de Potassium, Menthe (*Mentha piperita*), huile essentielle (0,017%).

## PROPRIETES :

**KALMAGAS® Comprimé** est un produit naturel à base de :

- Charbon végétal (dérivé de la tourbe) à grande capacité d'absorption de gaz intestinaux ce qui permet de soulager les patients ballonnés et de faciliter la digestion.
- Huiles essentielles de Menthe et de Fenouil qui renforcent l'action du charbon végétal pour éliminer les gaz intestinaux et luttent contre les spasmes, procurant ainsi plus de confort intestinal.

**KALMAGAS® Gouttes buvables** associe des actifs naturels pour le confort intestinal :

- Fenouil et Carvi reconnus pour éliminer les gaz intestinaux et les ballonnements.
- Menthe poivrée et Camomille pour lutter contre les spasmes.



8 032578 474497

# BELMAZOL® 20 mg

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 à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### a) DÉNOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole ..... 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin (E132), gélatine.

### c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

**Adulte :**

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) dans la ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

**Utilisation pédiatrique :**

Enfant à partir de 1 an et  $\geq 10$  kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
  - Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.
- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :
- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

## 3. ATTENTION !

LOT :

EXP :

PPV :

49,00

# BELMAZOL®

Oméprazole

20 mg

14 Gélules  
Voie orale

**\* Enfant :**

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et  $\geq 20$  kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H. pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids ( $> 40$  kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés

# NEOFORTAN®

(phloroglucinol dihydraté)

NEOFORTAN® 160 mg

## FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATION

- Comprimés effervescents dosés à 80 mg : Boîte
- Comprimés effervescents dosés à 160 mg : Boîte
- Suppositoires dosés à 150 mg : Boîte

## COMPOSITION QUALITATIVE

- Comprimé effervescent à 80 mg

Phloroglucinol dihydraté

- Comprimé effervescent à 160 mg

Phloroglucinol dihydraté

**Excipient :** acide citrique, bicarbonate de sodium, saccharose qsp 1 comprimé effervescent

- Suppositoire à 150 mg

Phloroglucinol dihydraté

**Excipient :** triméthyl phloroglucinol, silice colloïdale anhydre, stéarates qsp 1 suppositoire.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

NEOFORTAN® est préconisé dans :

- Le traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires (dyskinésie biliaire, colite spasmodique), colique hépatique
- Le traitement des manifestations spasmodiques et douloureuses aiguës des voies urinaires : coliques néphrétiques
- Le traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie (dysménorrhée)
- Le traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au repos

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant :

- Hypersensibilité au phloroglucinol.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES

L'association de phloroglucinol avec les antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, ET NOTAMMENT les antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

### Grossesse

Les études réalisées chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène du phloroglucinol. En l'absence d'effet tératogène chez l'animal, un effet malformatif dans l'espèce humaine n'est pas attendu.

En clinique, l'utilisation relativement répandue du phloroglucinol n'a apparemment révélé aucun risque malformatif à ce jour.

Toutefois, l'utilisation du phloroglucinol ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

PPV 980H80  
EXP 01/2024  
LOT 11021 1