

# 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.

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

A 41665

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0005524

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 365 ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : FIKRI ..... Date de naissance : 2-1-38

Adresse : .....

Tél. 0645923434 ..... Total des frais engagés : 646,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2024

Nom et prénom du malade : FIKRI Mohamed ..... Age: .....

Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Gène Respiratoire

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

**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
20/10/22	C3	①	300,00	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/22	346,00 DH

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

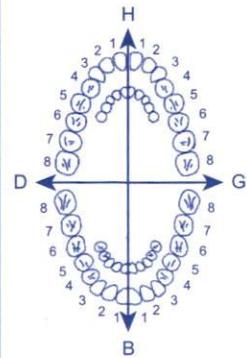
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

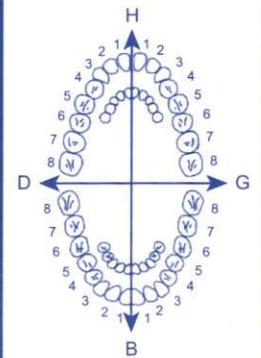
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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**

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



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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

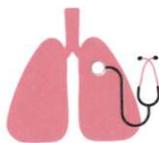
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



## الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا  
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص  
المعقم بمستشفى بوجون باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية \ قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 20.10.2022

الدار البيضاء، في

Mr FIKRI MOHAMMED

1 - LABIXTEN 20 MG

1 le soir, après le repas, pendant 3 mois.

2 - OMIZ 20 MG

1 le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

3 - ZEPHIRUS 20/120MG

prendre une gélule matin et soir en inspiration buccale profonde pendant 03  
mois

se rincer la bouche après sage avec de l'eau ou boire un grand verre d'eau.

4 - REVITAL GEL

1 le matin, pendant 3 mois.

PHARMACIE LA SOURCE  
Mlle EL MOUMINI MOUNA  
Docteur en Pharmacie  
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L  
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

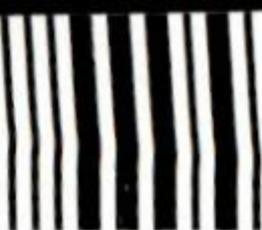
Pr. Abdelaziz BAKHATAR  
Pharmacien Spécialiste Allergologue  
16, Bd Abdelmoumen Angle Bd Anoual  
Anoual Capital Center - Tél: (212) 522 99 66 24  
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

كيسول  
عن طريق  
وحدات جينية

28



81,40



PPV: 164,90 DH

LOT: 22G04

EXP: 07/2025

**ZEPHIRUS<sup>®</sup>** 120 mcg/20 mcg

Poudre pour inhalation  
en gélules

Budésonide/Salmétérol

Uniquement pour

**NOTICE: INFORMATION** **Pour l'utilisateur**  
**LABIXTEN® 20 mg comprimés**  
**DCI: bilastine**

Veuillez lire attentivement ce qui se trouve sur cette notice, elle contient des informations importantes à votre sujet. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez oublié de prendre votre dose à l'heure prévue, prenez la dose oubliée dès que possible, puis continuez selon le rythme habituel. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce produit, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

LABIXTEN®  
N°: 14522004  
Pr: 05/2027  
Pr: 99,70 DH

ce médicament car il agit sur les récepteurs H1 de votre organisme. Ne donnez pas à votre enfant ce médicament sans avis de votre médecin ou à votre pharmacien.

**Que contient cette notice :**

1. Qu'est-ce que LABIXTEN® 20 mg comprimés et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
3. Comment prendre LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LABIXTEN® 20 mg comprimés ?
6. Informations supplémentaires.

**1. QU'EST CE QUE LABIXTEN® 20 mg COMPRIMÉS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

LABIXTEN® 20 mg comprimés contient de la bilastine qui est un antihistaminique. LABIXTEN® 20 mg comprimés est indiqué pour soulager les symptômes de la rhino-conjonctivite allergique (éternuement, démangeaison nasale, écoulement nasal, congestion nasale ainsi que rougeur et larmoiement oculaires) et autres symptômes d'origine allergique. LABIXTEN® 20 mg comprimés peut également être utilisé pour traiter les éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons (urticaire).

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAITRE AVANT DE PRENDRE LABIXTEN® 20 mg COMPRIMÉS :**

• **Contre-indication de LABIXTEN® 20 mg comprimés :**  
Si vous êtes allergique (hypersensible) à la bilastine ou à l'un des autres composants du LABIXTEN® 20 mg comprimés.

• **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :**  
Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre LABIXTEN® 20 mg si vous avez une insuffisance rénale modérée à sévère ou si vous prenez d'autres médicaments (voir « Interaction avec d'autres médicaments »).  
Ne pas dépasser la dose prescrite. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

**Enfants et adolescents :**

Ce médicament ne doit pas être administré aux enfants de moins de 12 ans.

• **Interactions avec d'autres médicaments :**  
Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

En particulier, veuillez informer votre médecin si vous prenez l'un des

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous oubliez de prendre votre dose à l'heure prévue, prenez la dose oubliée dès que possible, puis continuez selon le rythme habituel.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce produit, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EVENTUELS EFFETS INDÉSIRABLES ?**

Comme tous les médicaments, LABIXTEN® 20 mg comprimés est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien qu'ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

**Les effets indésirables sont :**

**Fréquents : peuvent concerner plus de 1 personne sur 10.**

- Maux de tête.
- Somnolence

**Peu fréquents : peuvent concerner plus de 1 personne sur 100 personnes**

- Anomalie de l'électrocardiogramme (ECG : enregistrement graphique des battements du cœur).
- Modification du bilan sanguin hépatique.
- Sensations vertigineuses.
- Douleur au niveau de l'estomac.
- Sensation de fatigue.
- Augmentation de l'appétit.
- Battements cardiaques irréguliers.
- Prise de poids.
- Nausées.
- Anxiété.
- Sécheresse ou inconfort nasal.
- Douleur abdominale (au niveau du ventre).
- Diarrhées.
- Gastrite (inflammation de la paroi de l'estomac).
- Vertiges.
- Sensation de faiblesse générale.
- Soif.
- Dyspnée (difficulté à respirer).
- Sécheresse buccale.
- Indigestion.
- Démangeaisons.
- Herpès labial.
- Fièvre.
- Acouphènes (bourdonnements dans les oreilles).
- Trouble du sommeil.
- Modification du bilan sanguin rénal.
- Augmentation des taux de lipides (graisses) mesurés dans le sang.

**Fréquence inconnue : la fréquence de survenue ne peut être estimée sur la base des données disponibles.**

- Palpitations (perception des battements du cœur).
- Tachycardie (accélération des battements du cœur).
- Des réactions allergiques dont les signes peuvent comporter une difficulté à respirer, un vertige, un évanouissement ou perte de connaissance, un gonflement du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge, et/ou un gonflement et une rougeur de la peau. Si vous remarquez un de ces effets secondaires graves, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.