

## 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

- Reclamation : 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 - 8ème 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



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

141665

**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 :

Pr. Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumo-Phlébologue Allergologue  
16, Bd. Abdelmoumen - 5ème Etage N°5  
Anoual Capital Center - Tél: (212) 522 98 86 24

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 : Grippe 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	n C3	①	300, M	

**Dr. Abdelaziz BAKHAYAT**  
 Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  
 18, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
 Nouvel Capital Center - 1er Etage N°5  
 Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie EL MOUASSI MOUNA</b> 7, Rue Ain Asseroune C.I.L. Casablanca - Tél: 05 22 36 24 55	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

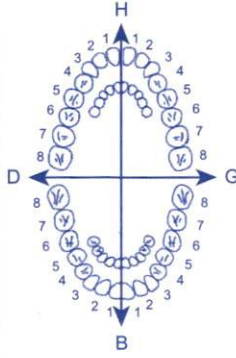
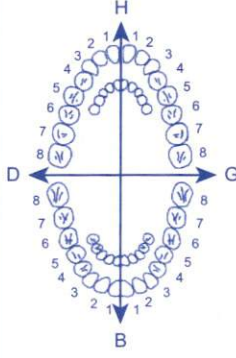
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, 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																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>															

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  
المعمق بمستشفى بوجون باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية \ قياس الأكسجين 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  
Melle 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 - 1er Etage N°5  
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

كبسولات  
عن طر  
28  
وحدات جينية



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 contient des informations importantes.  
 • Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
 • Si vous avez toute autre question, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.  
 • Ce médicament vous a été prescrit pour vous-même. Si vous le donnez à une autre personne, elle pourrait être atteinte de la même maladie que vous.  
 • Si l'un des effets indésirables mentionnés ci-dessous apparaît, consultez votre médecin.

**Lot: 14522004**  
**Pr: 05/2027**  
**Pr: 99,70 DH**

ce médicament car  
 les informations à votre  
 médecin ou à votre pharmacien.  
 ne donnez pas à  
 une autre personne  
 de prendre ce médicament sans avis médical.  
 ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

**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, larmoiement, rougeur et gonflement des yeux) et autres symptômes de l'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 CONNAÎTRE 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.