

# 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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AB AKRAM ABDELAJID

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : LOT CAI MOUINE NR 469

CASA BLANCA 20190

Tél. : 0639255272 Total des frais engagés : 2360,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/2022

Nom et prénom du malade : HOUSSAIN ASMA épouse AKRAM Age : 63 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : cancre du colon

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
21/12/22				<p>Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Médecin Resident Dr Rashed MAAZI Uncologie 090061862</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE AVENUE NACIRI 263, Av Mohamed Taïeb Naciri Hay Hassani (ouïfa) - Casablanca RC : 390249	Date	Montant de la Facture
	21-12-22	872,00
HARMACIE AVENUE NACIRI 263, Av Mohamed Taïeb Naciri Hay Hassani (ouïfa) - Casablanca RC : 390249	21-12-22	3-11-20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/12/22	3290,00	748,22

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/12/22	0	2	00	362,00	
Hôpital Cheikh Khalifa Tél : 05 29 03 53 45 hs. 12 - fax : 05 29 03 53 45 E-mail : contact@ckm-hck.ma N° IPN : 0777-1862 N° IPN : 0777-1862					168728	
					4,67	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 21/12/22

OEDES 20  
LOT 211480  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

27.50 x 2

PHARMACIE AVENUE NACIRI  
253, Av Mohamed Taieb Naciri  
Hay Hassani (Oulfa) - Casablanca  
RC : 390249

ME Loumen Ame

1/ Spasfon 80mg



IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
PER.:11/2016 P.P.V :30DH50  
6 118000 010845

30.50 x 2

en dehors de la cuire 1cp



IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
PER.:22/01/2027 P.P.V :30DH50  
6 118000 010845

2/ Imodium 2mg gélules

ensuite 1gélule - après chaque bolle liquide.

- Ne pas dépasser 8 gélules.

40,00

3/ EFFI preo/ 20 3cp/8 à 3 jours.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Resident Dr RIBHA MALAK

Oncologie

990061862

99,60

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

✓ Vogden steps 108 & 218  
(si vomissement)

28.10x2



311.20

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Résident Dr SABHA MALAK  
Gynécologie  
90061862

PHARMACIE AVENUE NACIRI  
253, Av Mohamed Taïeb Naciri  
Hay Hassani (Oulfa) - Casablanca  
RC : 390249

# VOGALENE® 0,1 %

Solution buvable en flacon de 150 ml

Métopimazine

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VOGALENE® 0,1 %, solution buvable en flacon et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VOGALENE® 0,1 %, solution buvable en flacon ?

3. Comment prendre VOGALENE® 0,1 %, solution buvable en flacon ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver VOGALENE® 0,1 %, solution buvable en flacon ?

6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE VOGALENE® 0,1 %, solution buvable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antiémétiques et anti-nauséeux, code ATC : A04AD05 (A : Appareil digestif et métabolisme).

Ce médicament est un anti-émétique et un anti-nauséeux.

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des nausées et

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE BUVABLE ?

Ne prenez jamais VOGALENE® 0,1 %, solution buvable :

• si vous êtes allergique à la métopimazine ou à l'un des autres composants mentionnés dans la rubrique composition ;

• si vous avez un glaucome ;

• si vous avez des troubles uréto-prostatiques.

• Si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé Avertissements et précautions.

• Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VOGALENE®.

• La prise de ce médicament est déconseillée avec des boissons alcoolisées à l'alcool (voir rubrique Autres médicaments et VOGALENE® 0,1 %, solution

• Chez le sujet âgé, l'insuffisant hépatique et/ou rénal, une somnolence, des surdosages.

Autres médicaments et VOGALENE® 0,1 %, solution buvable

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avec récemment pris ce médicament, notamment de l'alcool en raison de la majoration de l'effet sédatif de VOGALENE® 0,1 %, solution buvable avec des aliments, boissons et de l'alcool.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament. Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez la femme enceinte ou convient de demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

L'attention des patients est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules, sur le risque de somnolence.

VOGALENE® 0,1 %, solution buvable contient de l'éthanol, sulfite de parahydroxybenzoate de méthyle et parahydroxybenzoate de propylle.

Ce médicament contient de l'éthanol. Utilisation de ce médicament est donc à faire prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants, les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Chez les jeunes enfants, certains effets peuvent survenir comme par exemple dans ce médicament peut modifier les effets d'autres médicaments.

Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez d'autres médicaments. Si vous êtes enceinte ou que vous alliez, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Si vous êtes dépendant à l'alcool, parlez-en à votre médecin.

Ce médicament contient du « sulfite » et peut, dans des rares cas provoquer des réactions allergiques (voir rubrique 4).

Ce médicament contient de l'éthanol. Cela peut être pris en compte pour la conduite de véhicules et l'utilisation de machines.

Si vous, médecin vous a informé(e) que vous avez une insensibilité à certains médicaments, si vous êtes enceinte ou que vous allez, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Si vous êtes dépendant à l'alcool, parlez-en à votre médecin.

Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium, c'est à dire qu'il ne provoque pas de réactions allergiques (eventuellement retardées).

3. COMMENT PRENDRE VOGALENE® 0,1 %, solution buvable ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les recommandations de votre médecin ou pharmacien en cas de douleurs rhumatismales.

Posologie

La posologie est adaptée en fonction de l'heure et de l'intensité des troubles digestifs avec la possibilité de renouveler l'administration jusqu'à trois prises par jour.

Cesser le traitement dès disparition des symptômes.

La durée de traitement maximale recommandée est de 5 jours.

Une cuillerée à café correspond à 5 mg de métopimazine.

Adulte et adolescent (plus de 12 ans) :

La dose maximale recommandée est de 15 à 30 mg/jour à

Ceci correspond à une dose journalière de 3 à 6 cuillères à café.

Nourrissons et enfants de moins de 12 ans :

Enfant de plus de 15 kg :

La dose maximale journalière recommandée est de 7,5 à 15 mg/jour.

Ceci correspond à une dose journalière de 1 à 3 cuillères à café.

Enfant jusqu'à 15 kg :

La dose maximale recommandée est de 1 mg par kg de poids et

Pour obtenir une posologie inférieure à 7,5mg (7,5kg) par jour, u

Mode d'administration

La prise se fera à préférence 15 minutes avant les repas.

Vous devrez respecter un intervalle minimal de 4 à 6 heures entre

Ce médicament s'administre par voie orale au moyen d'une cuillère DANS TOUTES LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE

Si vous avez pris plus de VOGALENE® 0,1 %, solution buvable

Si vous oubliez de prendre VOGALENE® 0,1 %, solution buvable

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

Si vous arrêtez de prendre VOGALENE® 0,1 %, solution buvable

Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament

veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les recommandations de votre médecin ou pharmacien.

LS ?

ovoquer des

ultés à effectuer

la position (all

oppement de

aqueles rapides

autorisées du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

me de s

7

l'autorisa

du médicame

5 enfants. Indiqu

l'égout ou av

its inutilisé

de sodio

16), G

&lt;p

# Spasfon® 80 mg Comprimé enrobé

Phloroglucinol/triméthylphloroglucinol



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

• Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

• Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que SPASFON®, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SPASFON®, comprimé enrobé?
3. Comment prendre SPASFON®, comprimé enrobé?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels?
5. Comment conserver SPASFON®, comprimé enrobé?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce que SPASFON®, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique :

ANTISPASMOIQUE MUSCULOTROPE - code ATC : A03AX12 (A : appareil digestif et métabolisme) (G : système génito-urinaire)

SPASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Il agit contre les spasmes (contractions).

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

## 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SPASFON®, comprimé enrobé ?

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

Ne prenez jamais SPASFON®, comprimé enrobé :

- si vous êtes allergique au phloroglucinol, au triméthylphloroglucinol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous êtes allergique au blé, en raison de la présence d'amidon de blé.

## Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser SPASFON®, comprimé enrobé.

## Enfants et adolescents

Sans objet.

## Autres médicaments et SPASFON®, comprimé enrobé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

## SPASFON®, comprimé enrobé avec des aliments et boissons

Sans objet.

## Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez,

si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

## Grossesse

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

## Allaitement

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

## Conduite de véhicules et utilisation de machines

SPASFON® n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

## SPASFON®, comprimé enrobé contient du lactose, du saccharose et de l'amidon de blé :

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

Ce médicament contient une très faible teneur en gluten (provenant de l'ami-

considéré comme « sans g

peu susceptible d'entrainement

en cas de maladie cœliaque) et ne contient pas plus de 20 mg de gluten. Si vous avez une maladie différente de la maladie cœliaque, vous devez pas prendre ce médi-

## 3. Comment prendre SPASFON®, comprimé enrobé ?

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

SPASFON® est un traitement à court terme. 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 jour, en respectant un intervalle de 2 heures entre chaque prise de 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.

Si vous avez pris plus de SPASFON®, comprimé enrobé que vous n'auriez dû, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre SPASFON®, comprimé enrobé

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

Si vous arrêtez de prendre SPASFON®, comprimé enrobé

Sans objet.

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

## 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Dans certains cas une allergie peut survenir.

Vous reconnaîtrez les signes d'une allergie :

- par des boutons et/ou des rougeurs sur la peau, démangeaisons,
- par un brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke),
- ou par un malaise brutal dû à une chute de la pression artérielle (choc anaphylactique).

A fréquence indéterminée peut survenir :

- une éruption étendue squameuse rouge avec des masses sous la peau et des cloques accompagnée de fièvre à l'instar du traitement (pustulose exanthématische aiguë généralisée).

Si vous développez ces symptômes, arrêtez d'utiliser ce médicament et contactez immédiatement votre médecin.

## Déclaration des effets secondaires

Le tableau ci-dessous indique les effets secondaires connus de ce médicament.

OU votre pharmacien ou pharmacienne pour toute information supplémentaire.

desirables de la notice. Récable ou unité du e-mail à ma, vous mations

primé t de la late de ation. tout-à-igères. liminer plus.

mesures contribueront à protéger l'environnement.

## 6. Contenu de l'emballage et autres informations

Ce que contient SPASFON®, comprimé enrobé

- Les substances actives sont :

Phloroglucinol hydraté 80.000 mg

Quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62,233 mg

Triméthylphloroglucinol 80,000 mg

Pour un comprimé enrobé.

- Les autres composants sont :

Lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium.

Enrobage : acétate de polyvinyle, talc, saccharose, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

Qu'est-ce que SPASFON®, comprimé enrobé et contient-il l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimé enrobé en boîte de 30.

Date de la notice : Novembre 2021

Fabriqué et distribué par ZENITHPHARMA

96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir

Marc

Sous licence Acino France SAS

Dr M.E.L BOUHMADI

Pharmacien Responsable

# EFFIPRED®

(Prednisolone)

## PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate d'  
Excipient qsp.....

- Comprimés effervescents à 20 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de  
Excipient qsp.....

**EFFIPRED® 20 mg**

PPU 40DH00

EXP 09/2025

LOT 24015 ?

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique,  
propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépr

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocrinianes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### *En cas de traitement prolongé :*

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

el Muz

Mr Fouad Aza

872,00

1/ Emend rec 80 →  
S.i

80 →

à 3jurs.

PHARMACIE AVENUE NACIRI  
253, Av Mohamed Taieb Naciri  
Hay Hassani (Ouifal) - Casablanca  
RC : 390249

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Résident DRIBBIHA MAÏAK  
Urologie

090061862

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

**EMEND® 125 mg + 80 mg**

**Boîte de 1 gélule de 125 mg**

**et deux gélules de 80 mg**

**P.P.V: 872,00 DH**

**AMM 79/19DMP/21/NRS**

**Distribué par MSD Maroc**



**6 118001 160754**

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

21/05/22

M - M - en As

- 1) NFS / Ptg
- 2) Uréi Great
- 3) AsAT / ALAT / GOT / bili-T
- 4) CRP

Laboratoire National de Rabat  
Tél : 05.29.05.02.23  
E-mail : labo@fckm.hc.ma



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médécin Médecin D'ordre A.M.A.K  
Signature  
190061062

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 167 560 / 2022 du 20/12/2022

Nom patient : MOUMEN ASMA

Entrée 20/12/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0290	348,00 Sous-Total	348,00 348,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>348,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT QUARANTE-HUIT DIRHAMS

**Total 348,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	348,00				348,00	0,00

Laboratoire Khalifa Ibn Zaid  
Tel : 05.29.05.02.32  
E-mail : labo@khalifaibnzaid.com

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 20/12/2022

Prélevé le : 20/12/2022 à 07:55

Édité le : 20/12/2022 à 14:11

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 22124153K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique / Mythic)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.69	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9	3.98 $10^{12}/l$ (06/12/2022)
Hémoglobine	:	10.2	g/dl	11.5 - 17.5	10.9 g/dl (06/12/2022)
Hématocrite	:	31.0	%	34 - 53	33.2 % (06/12/2022)
VGM	:	84.0	fl	76 - 96	83.4 fl (06/12/2022)
CCMH	:	32.9	g/dl	31 - 36	32.8 g/dl (06/12/2022)
TCMH	:	27.6	pg	24.4 - 34.0	27.4 pg (06/12/2022)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.32	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0	6.59 $10^3/mm^3$ (06/12/2022)
P. Neutrophiles	:	56.1	%	2.98 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7	50.7 % (06/12/2022)
P. Eosinophiles	:	0.9	%	0.05 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58	0.5 % (06/12/2022)
P. Basophiles	:	0.0	%	0.00 $10^3/mm^3$ < 0.11	0.0 % (06/12/2022)
Lymphocytes	:	30.6	%	1.63 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8	37.6 % (06/12/2022)
Monocytes	:	12.4	%	0.66 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00	11.2 % (06/12/2022)

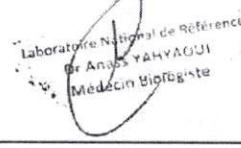
#### PLAQUETTES

Plaquettes	:	103	$10^3/mm^3$	150 - 445	217 $10^3/mm^3$ (06/12/2022)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------

Le 20/12/2022 à 14:11

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS



Conformément aux textes en vigueur, votre  
humaine, de mani

être éliminé, utilisé et/ou t  
ret médical sauf oppositio

Pr. ZRARA Abdelhamid

Colonel A. ZRARA  
Spécialiste du Véto Génie en Biologie  
Délégué Pr. A. Implanté à la Faculté des V  
des Médecines et de l'Institut de Recherches  
Sur l'Hygiène et la Santé de la Casablanca

ou de contrôles qualité, hors génétique  
rétratier médical.

118

Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 20/12/2022

Prélevé le : 20/12/2022 à 07:55

Edité le : 20/12/2022 à 14:11

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 22124153K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



*Absence d'agrégats plaquettaires.*

## BIOCHIMIE SANGUINE

### IONOGRAMME

URÉE	:	0.16	g/L	0.15 - 0.45	0.21 g/L (08/11/2022)
CRÉATININE SANGUINE	:	5.97	mg/L	6 - 12	6.49 mg/L (08/11/2022)

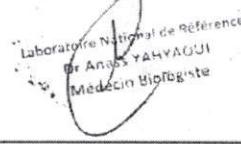
### BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT)	:	32	UI/L	5 - 34	36 UI/L (22/11/2022)
TRANSAMINASES ALAT(SGPT)	:	44	UI/L	< 55	28 UI/L (22/11/2022)
GAMMA GT	:	44	UI/L	< 55	52 UI/L (22/11/2022)

(Dosage Enzymatique IFCC/Architect Ci4100)

Le 20/12/2022 à 14:11  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS



Conformément aux textes en vigueur, votre  
humaine, de manié

tre éliminé, utilisé et/ou t  
ret médical sauf oppositi

Pr. ZRARA Abdellah

Médecin Clinique A. ZRARA  
Spécialiste du Vieux et du Jeune en Biologie  
Clinique Pr. A. Immunologie et Maladie Métabolique  
des Métabolites et de la Maladie de Rebat  
Bac d'Hygiène et de Santé publique au Collège  
d'Infirmiers

ou de contrôles qualité, hors génétique  
rétiarai médical.



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

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 23.11.2022

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1624 E-mail : abakr18@gmail.com Phone : 639255272  
Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAM AB DEL AATID  
Nom et Prénom du bénéficiaire : NIS NOUJEN ASA épouse AKRAM

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MOUMEN ASMA

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

chimio thérapie 31 et 51

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier) HCR

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

AN Colore opéré

Cachet, date et signature du praticien

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
Pr. AGREGÉ ISMAIL NABIL  
ONCOLOGIE MEDICAL

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Casablanca le :

1/12/2022

### Compte Rendu

Je soussigné (e)

Certifie que Mr/Mme

Mourad  
ASMA

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un

Colposcopie

ADM

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
Pr. AGREGÉ ISMAIL NABIL  
ONCOLOGIE MEDICAL  
Signature

Signature

## MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme Mamduh Asmae ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Abdellatif

TRAITEMENT PROPOSE :

Amiodarone

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

JA et JN

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le .... / .... / .....



Cachet et Signature du Médecin

**Nom de naissance: MOUMEN Nom: MOUMEN ASMA**  
(F - 24/10/1958 - 64 ans - 59 kg - 150 cm - 1,54 m<sup>2</sup>) - NIP : H0122012581

Médecin prescripteur : Prof. Agrégé ISMAILI NABIL (Oncologie Médicale)  
Oncologie - Hospitalisation de jour  
**FOLFOX / Cure(n°5/12 cure(s)) : J1**  
Reprise à J : 15

**H0 + 02:45 FLUOROURACIL**

Solvant : G5 250 ml

Statut : SUPR Durée : 00h15 Voie : IV Dose : 620 mg Dose théor : 400 mg/m<sup>2</sup> mg

**07/12/2022 10:30 OXALIPLATINE**

Solvant : G5 250 ml

Statut : Programmé Voie : IV Dose : 100 mg Dose théor : 85 mg/m<sup>2</sup> mg

**07/12/2022 10:30 FOLINATE DE CAL + 250 mL NACL 250 ml**

Solvant : NACL 250 ml

Statut : Programmé Voie : IV Dose : 600 mg Dose théor : 400 mg/m<sup>2</sup> mg

**07/12/2022 13:00 FLUOROURACIL**

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

Statut : Programmé Voie : IV Dose : 3000 mg Dose théor : 2400 mg/m<sup>2</sup> mg

Nom de naissance: MOUMEN Nom: MOUMEN ASMA  
(F - 24/10/1958 - 64 ans - 59 kg - 150 cm - 1,54 m<sup>2</sup>) - NIP : H0122012581

Médecin prescripteur : Prof. Agrégé ISMAILI NABIL (Oncologie Médicale)  
Oncologie - Hospitalisation de jour  
**FOLFOX / Cure(n°6/12 cure(s)) : J1**  
Reprise à J : 15

H0 + 02:45 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Statut : SUPR Durée : 00h15 Voie : IV Dose : 620 mg Dose théor : 400 mg/m<sup>2</sup> mg

21/12/2022 10:30 OXALIPLATINE

Solvant : G5 250 ml

Statut : Programmé Voie : IV Dose : 100 mg Dose théor : 85 mg/m<sup>2</sup> mg

21/12/2022 10:30 FOLINATE DE CAL + 250 mL NACL 250 ml

Solvant : NACL 250 ml

Statut : Programmé Voie : IV Dose : 600 mg Dose théor : 400 mg/m<sup>2</sup> mg

21/12/2022 13:00 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

Statut : Programmé Voie : IV Dose : 3000 mg Dose théor : 2400 mg/m<sup>2</sup> mg

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

YOUSSEF

## DEVIS ESTIMATIF

Date 25/11/2022  
N° : 220928104552YO

Nom patient : MOUMEN ASMA

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **CHIMIOTHERAPIE AMBULATOIRE**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE J CONSOMMABLE		2 2		1 000,00 300,00	2 000,00 600,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>2 600,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ELOXATINE 100mg Injecta (01)		2		1 859,00	3 718,00
NAPROCIL 1G / 20ML INJECTA (01)		2		50,70	101,40
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)		2		80,00	160,00
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)		2		38,05	76,10
FOLINATE DE CALC 100mg Injecta (01)		12		67,20	806,40
				<b>Sous-Total</b>	<b>4 861,90</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :

*SEPT MILLE QUATRE CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES*

**Total devis**

**7 461,90**

CASABLANCA

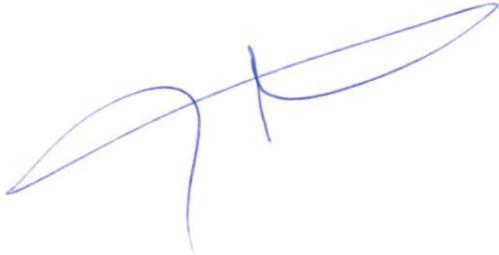
## Reçu de caisse

N° : 22120610055496401 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200603646	MOUMEN ASMA	06/12/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque <i>NB: Chèque avance</i>	1300003-BP Ech : 05/01/2023 AKRAM ABDELMAJID	635,50
MUPRAS	Total payé	635,50
SIX CENT TRENTE-CINQ DH		

Reçu établi par : HBT.ELH



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 168728 / 2022 du 21/12/2022

Nom patient **MOUMEN ASMA** Entrée **06/12/2022**

Prise en charge **MUPRAS** Sortie **21/12/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
<b>PRESTATIONS</b>				
SEANCE DE CHIMIOTHERAPIE EN HÔPITAL DE .	2,00		1 000,00	<b>10,35</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>10,35</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE (en sus)	1,00		1 104,67	<b>1 104,67</b>
PHARMACIE (médicaments)	1,00		4 828,60	<b>24,98</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 129,65</b>

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de : MILLE CENT TRENTÉ-NEUF DIRHAMS CENTIMES	Total <b>1 140,00</b>
--	-----------------------

Total facturé au patient

**7 933,27**

#### Encaissements patient

Espèces	0,00
Chèque	<b>1 140,00</b>
Carte bancaire	
Solde	<b>0,00</b>

Montant pris en charge par l'organisme

**6 793,27**

Montant ticket modérateur à charge du patient

**1 140,00**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026  
 E-mail: eemact@fckm.hck.ma  
 N°INP 090061862

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : **168728 / 2022** du 21/12/2022

Nom patient	<b>MOUMEN ASMA</b>	Entrée	<b>06/12/2022</b>
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>21/12/2022</b>

Désignation des prestations		Lettre Clé		Montant
<b>PHARMACIE (en sus)</b>		1,00		<b>1 104,67</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 104,67</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  MILLE CENT QUATRE DIRHAMS SOIXANTE-SEPT CENTIMES	<b>Total</b>	<b>1 104,67</b>
Immatriculation : <b>C151905</b> Adhérent : <b>MOUMEN ASMA</b> Affiliation : <b>N° prise en charge : 20223290018701</b> Cin : <b>C151905-L</b>		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél : 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fckm-hck.ma  
N° INP : 090061862  
N° ICE : 001740003000026

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MOUMEN ASMA	N° Facture 168 728	2200603646	
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	3	14,10	42,30
GLUCOSE 5% Po 250 Injecta (01)	6	13,10	78,60
ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05)	1	80,00	80,00
SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	1	38,05	38,05
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>238,95</b>
AIGUILLE HUBER COURBE G20	1	43,68	43,68
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	6	0,25	1,50
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	5	3,53	17,65
DIFFUSEUR PORTABLE 275ML/48H -300ML	2	374,40	748,80
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	9,80	19,60
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE	5	1,25	6,25
SERINGUE 10ML	7	1,56	10,92
SERINGUE 20ML	2	2,11	4,22
SERINGUE FILTAGE 50/60ML	2	6,55	13,10
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>865,72</b>
		<b>Total pharmacie</b>	<b>1 104,67</b>

Hospital Cheikh Khalifa TUNI  
 Tel.: 05 29 08 53 45  
 Fax : 05 29 00 44 77  
 E-mail : contract@hkm.tn  
 NINP Tunisie 1537