

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 canalaires, 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 canalaires.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-730243

160036

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10565 Société : RA7
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LACHGUEN BRAHIL
 Date de naissance : 1969
 Adresse : LOT YAKSSOUN Rue 19 N°10
 HAY HASSANI CASABLANCA
 Tél. : 0632448214 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. F. EL MAKHLOUFI Kamel
 On Exploration Fonctionnelle
 et Route : B. Sidi Abderrahmane
 - sur - Casablanca
 Tél : 05 22 85 24 52 - 06 76 27 76 65

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/22
 Nom et prénom du malade : JABER LOUBNA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (t.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
14/02/23		68	30000	INP : 041164603
				Dr. P. MAKHLOUFI Kamal
				Chir. - H. O. Exploration Fonctionnelle
				et Route : Sidi Abderrahmane

1462123 3000 041164607

Dr. PI MAKHLOUFI Kamal
Chir. "On Exploratoire Fonctionnel"
A. S. A. S. Abderrahmane
et Route
Tél: 05 22 89 32 52 - 06 76 27 76 65
DONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacia ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie GRANADA 25 N° 27 - 29 - Casablanca Lailou Nabil Loubna 05 22 89 48 44</p>	14/02/2023	199,90

Date _____

Montant de la Facture

14/02/2023 199,90

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

Date _____

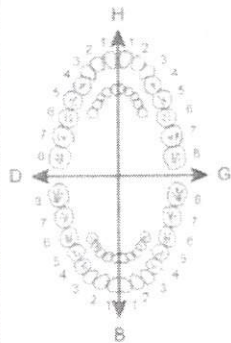
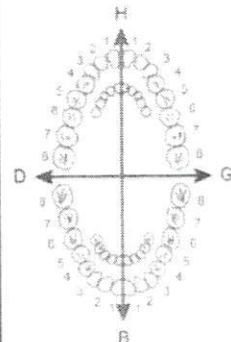
Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		05533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	05533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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"/>															

important :

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

INP: | | | | | | | |

SOINS DENTAIRE5

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25523412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	25523411		11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION:

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوфи

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .

والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Date : 14/02/2023

Patient : JABER LOUHNA

Poids :

23.10

LYSANXIA 1 BOITE

1 CP 2xJ

48.70

SOLUPRED cp 20 mg

3 CP PAR JOUR LE MATIN PD 5 JOURS

50.10

TANGANIL 500

1 CP 3xJ

18.00

BETASERC 24

1 CP 2xJ

199.90

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain sebaa Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70



Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tanganil 500mg cp b30
P.P.V : 50,10 DH



HARMACIE GRANADA
LAHLOUFI Kamal Louhna
Dissement Mestouna Lot. N° 39
rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tél.: 05 22 89 48 44

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Chirurgien Orl Exploration Fonctionnelle
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Route d'Azemmour - Casablanca
Tél : 05 22 89 52 52 - 06 76 27 76 65

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalori@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحى الحسنى، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalori@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52

Betaserc

24 mg dichlorhydrate de bétahistine

Comprimé

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.

1. QU'EST-CE QUE BETASERC 24 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC :

Ce médicament contient une substance active qui s'appelle la bétahistine. Il appartient à une classe de médicaments appelée anti-vertigineux. Il lutte contre les vertiges.

Il est indiqué dans certaines formes de vertige.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE BETASERC 24 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais BETASERC 24 mg, comprimé :

- Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une excroissance anormale de la glande médullo-surrénale qui peut provoquer une hypertension artérielle sévère (phéochromocytome).

Ne prenez jamais BETASERC si l'un des cas ci-dessus vous concerne. En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

A
M
Pr
av
as
BE
pa
de
Ch

78,00
/ 201017 /
VER 04/23

gastrododéal, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière pendant la durée du traitement.

BETASERC n'est pas le traitement adapté pour les formes de vertige suivantes :

- crises de vertige positionnel bénin,
- vertige en relation avec une affection du système nerveux central.

Précautions d'emploi

Prenez les comprimés au milieu des repas pour éviter les douleurs d'estomac.

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre BETASERC 24 mg, comprimé.

Autres médicaments et BETASERC 24 mg, comprimé

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

Grossesse et allaitement

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

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.

Conduite de véhicules et utilisation de machines*

BETASERC 24 mg, comprimé n'est pas ou peu susceptible d'avoir un effet sur votre aptitude à conduire de véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE BETASERC 24 mg, comprimé ?

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie

La dose habituelle est de 1 comprimé, 2 fois par jour.

Cette forme du médicament est utilisée quand vous avez besoin

Lysanxia®



UT. AV :

09 2025

P.P.V

LOT N° :

GN 7429

23 10

FORME ET PRESENTATION :

LYSANXIA® 10mg comprimés sécables, boîte

LYSANXIA® 15mg/ml, solution buvable en gou

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

LYSANXIA® comprimé :

Prazépam : 10 mg

Excipients : lactose, cellulose microcristalline, amidon de maïs, stéarate de magnésium, silice colloïdale, un comprimé sécable.

LYSANXIA® gouttes :

Pour 1 ml = 30 gouttes : 15 mg de prazépam.

Excipients : propylèneglycol, ethyl-diéthyl-néglycol, saccharine sodique, polysorbate 80, menthol, anéthole, bleu patenté V.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE) :

Benzodiazépine (anxiolytique)

(N : système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS) :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- insuffisance respiratoire **grave**,
- insuffisance hépatique **grave**,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires durant le sommeil),
- allergie connue à cette classe de produits.

Il ne doit pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de myasthénie ou d'allaitement.

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ne JAMAIS arrêter BRUTALEMENT ce traitement, en raison du risque d'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de symptômes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires mais on peut observer également de l'agitation, une irritabilité, des migraines, sensibilité anormale au bruit ou à la lumière, etc...

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (anxiété, insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement. Ce médicament peut être à l'origine des troubles de la mémoire. Ceux-ci surviennent le plus souvent dans les heures qui suivent la prise du produit.

Chez certains sujets, en particulier l'enfant et la personne âgée, ce médicament peut entraîner des effets contraires aux effets recherchés :

- aggravation de l'insomnie, cauchemars,
- nervosité, irritabilité, agitation, agressivité, accès de colère,
- idées délirantes, hallucinations, troubles du comportement.

Dans ce cas, vous devez interrompre le traitement et consulter votre médecin.

LYSANXIA® gouttes :

Cette spécialité contient des dérivés terpéniques dans la formule qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques à type de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.

LYSANXIA® comprimé :

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). Respectez les posologies et la durée de traitement préconisées (rubrique posologie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

La prise de ce médicament nécessite un suivi médical renforcé, notamment en cas d'insuffisance rénale, de maladie chronique du foie, d'alcoolisme et d'insuffisance respiratoire.

Un contrôle régulier par votre médecin est nécessaire, notamment du fait du risque de survenue d'idées suicidaires.

La prise d'alcool est formellement déconseillée pendant la durée du traitement.

En cas d'épilepsie ancienne ou récente, DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .

والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Casablanca, le

19/04/2020

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M^{me} JABER Loubna

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

EXAMEN DE VERIFICATION SONNAGE
MYSTAGMOSCOPIE

S'élevant à la somme de

700

DHS

Signé

Dr. K. EL MAKHLOUFI

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.
Explorations Fonctionnelles
Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.
Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.
Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .
والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،
بروكسيل، فرنسا
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Date de consultation : **18/02/23**
Patient: **JABER Loubna**
Date de naissance: **mardi 10 avril 1979**

Sujet: Videonystagmoscopie

Indication : Vertige.

Examen oto-neurologique sous vidéonystagmoscopie :

Absence de nystagmus spontané.
Romberg : stable.
Epreuve FUKUDA-UNTERBERGER : dans les normes.
Marche aveugle : dans les normes.
Epreuve de Hallpike : positive à droite.
Examens des paires crâniennes : sans particularité.

Impression : vertige paroxystique positionnel bénin du canal postérieur
droit traité par la manœuvre libératoire de Semont.

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Chirurgien Orl Exploration Fonctionnelle
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Route d'Azemmour - Casablanca
Boite 2230 Casablanca 66

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3^{ème} étage, 2230 Casablanca 66

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء
البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52