

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Pris en charge : pec@mupras.com
- Adhésion ou 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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0038147

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société : 203974
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM
 Date de naissance : 01-06-1954
 Adresse : N°14 lot ouled Raxas Roy MLX
 Rochid 1 Casablanca
 Tél : 0664-94-12-31 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/04/2024
 Nom et prénom du malade : Moumen Brahim Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cancer du
 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 : / /

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
15/04/2024	CS ETG		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/04/2024	1733.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

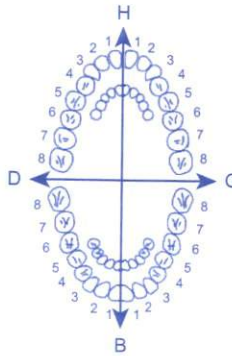
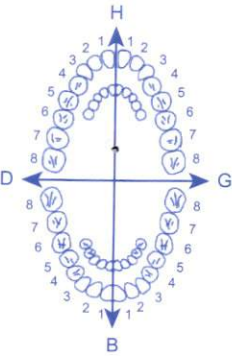
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

15/04/24

Loune Brahmy

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie

et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

(405.00x2) - Uprenio 2 Boite / 2.0/2

270.00x2 - Coplatix 117 2 Boite

Non - Rosocard 2.5 1 gmaty

(28.40x7) - Calbell 2 7 Boite

(57.80x2) - TORUA 101 174 Boite

(34.60x2) - lajilia 101.0 2 Boite

2000

T=1733.60



Dr. Mohamed ALLAOUI
 Cardiologue

20, Rue France Ville - Oasis

Casa - Tél: 0522 98 07 06

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

نشرة معلومات للمريض

أوبريو® 50 ملغ، 100 ملغ، 200 ملغ

أقراص مغلقة

هذا الدواء لأنها تحتوي على

أيتها مرة أخرى.

المزيد من الأسئلة.

هؤلاء الأشخاص آخرين حتى وإن كانت

أنه يمكن أن يكون مضرًا لهم.

استشر الطبيب أو الصيدلي إذا أحسست بأي أعراض جانبية كيفما كان نوعها.

المذكورة في هذه النشرة.

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.

Boite de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.

Boite de 28.

PPV : 405 DH



6 118001 031719

أعمال أوبريو؟

ما هو أوبريو؟

يستخدم دواء أوبريو لعلاج مرض قصور القلب لدى البالغين. يُوصف دواء أوبريو للمرضى بغرض التقليل من خطر الموت المرتبط بمرض قصور القلب وعدد الاستشفاءات الضرورية التي يتطلبها مرضى قصور القلب.

يُعطى دواء أوبريو إلى جانب مجموعة ملائمة من أدوية قصور القلب. في حالة قصور القلب، لا يبقى ضخ عضلة القلب قويا بما يكفي لتوفير ما يكفي من الدم في جميع أعضاء الجسم. تتمثل أعراض قصور القلب الأكثر شيوعاً في ضيق التنفس وتورم في القدمين والساقين بسبب تراكم السوائل. يجب استعمال هذا الدواء بوصفة طبية.

ما هي آلية عمل أوبريو؟

يعمل أوبريو كمثبط لمادة نيبريليزين ومستقبلات الأنجيوتنسين فهو يحتوي على الساكوبتريل والغالسارتان. باستخدام دواء أوبريو، تتوسع الأوعية الدموية وتتراكم كميات أقل من المياه في الجسم وهو ما يكون له تأثير

1234597 MA TA

KALIEFF®

Bicarbonate de potassium

PRESENTATIONS

Boîte de 18 comprimés effervescents.

Boîte de 36 comprimés effervescents.

COMPOSITION

Bicarbonate de potassium
(correspondant à 14 mmol de potassium)

Excipients qs un comprimé effervescent

PROPRIETES

Le potassium est le principal cation intracellulaire et de l'osmolarité. De plus, le potassium est impliqué dans les états de déplétion potassiumique. Les états de déplétion potassiumique sont des troubles neuromusculaires essentiellement, auxquels ils exposent.

INDICATIONS

L'administration du bicarbonate de potassium est indiquée dans la déplétion potassiumique sans alcalose, ou en cas de déficit potassiumique, l'acidose, ou avec acidose métabolique déclarée concomitante.

- Pertes gastro-intestinales importantes (diarrhées, vomissements)
- Abus de laxatifs
- Traitement par les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
- Traitement par les diurétiques thiazidiques
- Traitement par les corticoïdes
- Pyelonephrite chronique
- Acidose tubulaire.

POSOLOGIE

Il importe, dans la prescription, de tenir compte de la quantité de potassium dans la préparation et non du dosage en sel de potassium.

A titre indicatif, les doses proposées sont :

- Dans le traitement préventif : 30 à 50 mmol de potassium/jour

- Dans le traitement curatif d'un déficit potassiumique avéré : 70 à 80 mmol de potassium/jour, soit 6 comprimés de KALIEFF.

La voie orale est possible dans la kaliopénie modérée lorsqu'il n'y a pas de troubles digestifs (vomissements) ou de la fonction rénale.

Chez le nourrisson et l'enfant du 1^{er} âge, la posologie est de 2 à 4 prises

CONTRE INDICATIONS :

Hyperkaliémie ou toute situation pouvant entraîner une hyperkaliémie

- Insuffisance rénale
- syndrome addisonien
- Myotonie congénitale -

Traitement concomitant par épargneur de potassium

PPU 28DH40
EXP 12/2027
LOT 35024 9

PPU 28DH40
EXP 12/2027
LOT 35024 9

PPU 28DH40
EXP 12/2027
LOT 35024 9

PPU 28DH40
EXP 12/2027
LOT 35024 9

PPU 28DH40
EXP 12/2027
LOT 35024 9

PPU 28DH40
EXP 12/2027
LOT 35024 9

TORVA 10 mg, Comprimé pelliculé

Atorvastatine de calcium

Boîte de 15 et 30

Veillez lire attentivement l'intégralité de 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 instructions fournies dans cette notice ou par votre pharmacien ou votre médecin.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

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

1. QU'EST-CE QUE TORVA ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Hypolipémiants, inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, code ATC : C10AA05

Indications thérapeutiques :

- Hypercholestérolémie
- Prévention des maladies cardiovasculaires

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TORVA, comprimés pelliculés ?

Contre-indications :

- Chez les patients présentant une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
- Atteinte d'une affection hépatique évolutive ou ayant des élévations persistantes et inexpliquées des transaminases sériques supérieures à 3 fois la normale.
- Chez les femmes enceintes, allaitantes ou en âge de procréer et n'utilisant pas de méthode contraceptive fiable.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :

- Risque de développement des signes ou symptômes évoquant une altération hépatique.
- Surveillance des patients présentant une augmentation du taux sérique des transaminases
- TORVA doit être utilisé en prudence chez les patients consommant des quantités importantes d'alcool et/ou ayant des antécédents d'insuffisance hépatique.
- Risque d'affecter les muscles squelettiques et entraîner des myalgies, des myosites et des myopathies qui peuvent évoluer vers une rhabdomyolyse.
- Mesure du taux de CPK avant tout traitement dans les situations suivantes :
- Insuffisance rénale ; Hypothyroïdie ; Antécédents personnels ou familiaux de maladies musculaires héréditaires ; Antécédents de toxicité musculaire ; Antécédents d'affection hépatique et/ou de consommation excessive d'alcool ; Chez les patients âgés (> 70 ans), la nécessité de surveiller la présence d'autres facteurs prédisposant à une rhabdomyolyse ; populations particulières incluant les polymorphismes génétiques.
- Mesure de la créatine phosphokinase
- À ne pas utiliser chez les patients ayant des antécédents d'AVC hémorragique d'infarctus lacunaire.
- Ce médicament contient du lactose qui peut induire des effets indésirables chez les personnes souffrant d'une galactosémie ou du syndrome de malabsorption du glucose/galactose ou d'un déficit en lactase. Si la quantité de lactose dans la dose maximale journalière du médicament dépasse 5 g/jour : en tenir compte dans la ration journalière.

Adressez vous à votre médecin ou à votre pharmacien en cas d'apparition d'un symptôme pendant le traitement.

Associations déconseillées : Risque de rhabdomyolyse en cas d'association avec :

les inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou les transporteurs protéiques (ciclosporine, tétracycline, clarithromycine, délavirdine, stiripentol, kétoconazole, voriconazole, itraconazole, posaconazole, et les inhibiteurs de protéase du VIH incluant ritonavir, lopinavir, atazanavir, indinavir, darunavir, etc). Risque de myopathie en cas d'association avec le gemfibrozil et les autres fibrates, le bécoprévir, l'érythromycine, la niacine, l'ézétimibe, le télaprévir, ou l'association tipranavir/ritonavir. Association interdite avec l'acide fusidique.

Fécondité, grossesse et allaitement :

Grossesse : TORVA est contre-indiqué pendant la grossesse.

Allaitement : En raison de la possibilité d'effets indésirables graves, les femmes traitées par TORVA ne doivent pas allaiter leur nourrisson. L'atorvastatine est contre-indiquée pendant l'allaitement.

Fertilité : Aucun effet de l'atorvastatine n'a été mis en évidence sur la fertilité.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : TORVA n'a qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE TORVA ?

Posologie :

La posologie doit être adaptée individuellement en fonction des taux initiaux de LDL-cholestérol, de l'objectif thérapeutique et de la réponse au traitement du patient.

LOT : 1120
PER : 10/25
PPV : 57.80 DH

LOT : 1120
PER : 10/25
PPV : 57.80 DH

Lasilix® 40 mg

Lasilix® 20 mg/2 ml

Furosémide

SANOFI 

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute,
consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne
prenez pas d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela peut
être dangereux. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à
l'avenir.

PER:08 2027

LOT:23E011

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide
Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéar;

LASILIX 20 mg/2 ml :

Furosémide
Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour

PER:08 2027

LOT:23E011

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétenction de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

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