

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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

aire :

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.

die 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2089 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ADDou Miloud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 28 22 09 29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-026481

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un praticien qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage-Femme et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 R-Z = Electro-Radiologie
 B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPEDIE
 - LA REEDUCATION
 - LES ACCOUCHEMENTS
 - LES CURES THERMALES
 - LA CIRCONCISION
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857/
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.cc

FEUILLE DE SOINS 728678

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ADDOU MILAND
 Matricule : 2089 Fonction :
 Adresse : BLOC S NR 32 LAKHIMY 2 AGADIR
 Tél. : 0528 2209 29 Signature Adhérent : Polgolay

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL Kazzamoui Idrissi Age
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 31.07.19

Nature de la maladie : Nerrage Cervical, Colite

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A AGadir le 31.07.19

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Kaddour EL QUATTASSI
 GASTRO ENERLOGIE
 Médecine Interne
 Imm. Assalam 7^{me} Etage-App. N° 24
 Boulevard Cheikh Zayed 80 000, AGADIR
 Tél: 05 28 38 02 - Bsm: 06 61 15 12 89

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
31.07.14	C2	1	2.000.00	Dr. Kaddour EL OUATTASSI
31.07.15	Z5.02	1	6.000.00	GASTRO-ENTEROLOGIE
				Médecine Interne
				Imm. Assala 2 ^{eme} Étage Appt. N° 24
				Boulevard Cheikh Saïd 10 000, AGADIR
				Tél: 05 28 38 38 02 - Cam: 06 61 15 12 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LAZAR Dr. KSIKES Ahmed 304, N°22 Amsenaat Agadir Tel: 05 24 22 09 74	31.07.19	332.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Kaddour ELOUATTASSI
SPECIALISTE
GASTRO-ENTEROLOGIE

- Ancien Interne des Hôpitaux Universitaires de Rennes
- Ex. Attaché - Chef Clinique à la faculté de Médecine de Rennes
- Qualifié par les Commissions Nationales Françaises de Médecine Interne et de Gastro-Entérologie
- Certificat d'Etude Supérieur de Parasitologie Générale
- ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE**

الدكتور قدور الوطاسي

اختصاصي
في أمراض الجهاز الهضمي

- طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بفرنسا
- ملحق سابقا - استاذ مساعد بمستشفيات الجامعية براين
- مؤهل للأمراض الباطنية وأمراض الجهاز الهضمي من طرف اللجنة الوطنية الفرنسية
- حاصل على شهادة عليا في الأمراض المطبلية
- الشخص بالصدري والأضمة - الشخص بالمنظار الداخلي

Le 31-07-19

EL KAZMOUNI Khadija

S.V

RAZON : 1 cp/j 14 jours

SURGAM 200 (cp. sec.) : 1 cp. au cours des 3 repas. 8 jours

CARBOSYLANE : 2 gel. jumelées avant les 3 repas. 30 j

DUSPATALIN 200 : 1 gélule matin et soir avant les repas. 30 j

PHARMACIE LAAZIS
Dr. KSIKES Ahmed
304, N°22 Amsernat Agadir
Tél : 05 28 22.09.74

Dr. Kaddour EL OUATTASSI
GASTRO-ENTEROLOGIE
Médecine Interne
Imm. Assalam 2ème Etage App. N° 24
Boulevard Cheikh Saadi 80 000, AGADIR
Tél: 05 28 38 38 02 - Gsm: 06 61 15 12 89

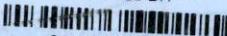
عمراء السلام الطالب الثاني إقامة رقم 24 شارع الشيخ السعدي اكابر - 80000
البريد الإلكتروني : drkelouattassi@gmail.com / الهاتف : 05 28 38 38 02
Immeuble Assalam 2ème étage appart N°24 Boulevard Cheikh Saadi - AGADIR 80 000
E-mail : drkelouattassi@gmail.com / Gsm : 06 61 15 12 89 / Tél : 05 28 38 38 02

PACKAGE LEAFLET

CARBOSYLANE, capsule

Activated charcoal, simeticone

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74.00 DH



6118001070893

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it can

Always take this medicine exactly as described in this leaflet or as your doctor or pharmacist has told you.

- Keep this leaflet. You may need to read it again.
- Ask your pharmacist if you need more information or advice.
- If you get any side effects, talk to your doctor or pharmacist. This includes any possible side effects not listed in this leaflet. See section 4.
- You must talk to a doctor if you do not feel better or if you feel worse.

Keep out of the reach of children

In this leaflet:

- WHAT CARBOSYLANE, capsule IS AND WHEN IT IS USED FOR
- WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE CARBOSYLANE, capsule
- HOW TO TAKE CARBOSYLANE, capsule
- POSSIBLE SIDE EFFECTS
- HOW TO STORE CARBOSYLANE, capsule
- CONTENTS OF THE PACK AND OTHER INFORMATION

1. WHAT CARBOSYLANE, capsule IS AND WHEN IT IS USED FOR

Pharmacotherapeutic group - ATC code: A07BA51,
ANTIFLATULENT/ INTESTINAL ADSORBENT

This medicine is indicated in adults and children over 6 years of age for the symptomatic treatment of dyspeptic states (indigestion) and meteorism (intestinal distension).

2. WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE CARBOSYLANE, capsule

Do not take CARBOSYLANE, capsule:

- if you are allergic (hypersensitive) to the active substances or any of the other ingredients of this medicine listed in section 6.
- In children under 6 years of age due to the risk of choking.

Warnings and precautions

If you take digitalis-type drugs, allow an interval between taking CARBOSYLANE and digitalis-type drugs (more than 2 hours, if possible).

Talk to your doctor or pharmacist before taking CARBOSYLANE.

If you take more CARBOSYLANE, capsule, than you should:

The use of high dose levels can result in dark colouration of the stools.

Contact your doctor or pharmacist immediately.

If you forget to take CARBOSYLANE, capsule

Do not take a double dose to make up for a forgotten dose.

If you have any further questions on the use of this medicine, ask your doctor or pharmacist.

4. POSSIBLE SIDE EFFECTS

Like all medicines, this medicine can cause side effects, although not everybody gets them:

- dark discolouration of the stools may occur.
- some cases of allergic reactions (urticaria, generalised allergic reaction) have been reported after the administration of CARBOSYLANE, capsule.

Reporting of side effects:

If you get any side effect, talk to your doctor or your pharmacist or your nurse. This includes any possible side effects not listed in this leaflet. You can also report side effects directly via the national reporting system: National Agency for safety of medicines and health products (ANSM) and network of the Regional Centers of Pharmacovigilance. Web site: www.ansm.sante.fr. By reporting side effects, you can help provide more information on the safety of this medicine.

5. HOW TO STORE CARBOSYLANE, capsule

Keep this medicine out of the sight and reach of children.

Do not use this medicine after the expiry date which is stated on

RAZON® 40 mg

Pantoprazole

FORME ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés ga

14

LOT: 599

PER: 01/22

PPV: 100,00 DH

plaquettes thermoformées.

COMPOSITION :

Pantoprazole sodique

Excipient q.s.p

طريق الفم

équivalent de 40 mg Pantoprazole

1 comprimé

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Ulcère duodénal évolutif,
- Ulcère gastrique évolutif,
- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien, sur confirmation endoscopique par l'existence d'érosions ou d'ulcérations.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse :

L'innocuité du Pantoprazole n'a pas été établie chez les femmes enceintes.

Les études menées chez les animaux n'ont révélé aucun effet tératogène ni foetotoxique. Cependant comme pour tout médicament nouveau, l'usage du Pantoprazole est déconseillé au cours du premier trimestre. Son utilisation est à proscrire pendant le second et troisième trimestre, sauf en cas de nécessité absolue.

Allaitemment :

Il n'a pas été prouvé que le Pantoprazole est excrété ou non dans le lait maternel humain. De ce fait, son utilisation est contre-indiquée chez les femmes qui allaitent.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Des études limitées effectuées n'ont pas mis en évidence d'interactions avec l'Antipyrine, Diazépam, Digoxine, Nifédipine, Phénytoïne, Théophylline, Warfarine, Phenprocoumone, Diclofénac et Caféine.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

Le rapport risque bénéfice devra être envisagé en cas d'insuffisance hépatique étant donné que la demi-vie du Pantoprazole est prolongée chez les cirrhotiques.

Dans ce cas, la dose recommandée est de 1 comprimé de Razon 40 mg tous les 2 jours.

Précautions d'emploi :

Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale sévère et chez les personnes âgées.

Tout comme les autres inhibiteurs de sécrétions gastriques, il est possible que le Pantoprazole favorise le développement de bactéries intragastriques par diminution du volume et de l'acidité du suc gastrique.

Excipients à effet notoire :

Mannitol, propylène glycol.

MODE, VOIE D'ADMINISTRATION ET POSOLOGIE :

Voie orale :

Les comprimés Razon ne seront ni croqués ni écrasés mais avalés entiers avec un peu d'eau.

Dose adulte habituelle :

- Ulcère duodénal : un comprimé de Razon 40 mg une fois par jour, avant ou pendant le petit déjeuner. En général un traitement de 4 semaines suffit.

- Ulcère gastrique : un comprimé de Razon 40 mg une fois par jour, avant ou pendant le petit déjeuner. En général un traitement doit durer 4 semaines mais peut être prolongé jusqu'à 8 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro œsophagien :

Un comprimé de Razon 40 mg une fois par jour, avant ou pendant le petit déjeuner. Le traitement doit en général durer 4 semaines mais peut être prolongé jusqu'à 8 semaines selon les résultats de l'examen endoscopique.

Dose pédiatrique habituelle :

L'efficacité et la tolérance du Pantoprazole chez les enfants n'ont pas été étudiées.

Liste II (Tableau C).

MODE DE CONSERVATION :

A conserver à une température comprise entre 15°C et 30°C.

Doctor Kaddour ELOUATTASSI

SPECIALISTE
GASTRO-ENTEROLOGIE

- Ancien Interne des Hôpitaux Universitaires de Rennes
- Ex. Attaché - Chef Clinique à la faculté de Médecine de Rennes
- Qualifié par les Commissions Nationales Françaises de Médecine Interne et de Gastro-Entérologie
- Certificat d'Etude Supérieur de Parasitologie Générale
- ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE**

الدكتور قدور الوطاسي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

- طبيب داخلي سابقاً بالمستشفيات الجامعية بفرنسا
- ملحق سابقاً - استاذ مساعد بمستشفيات الجامعية براين
- مؤهل للأمراض الباطنية وأمراض الجهاز الهضمي من طرف اللجنة الوطنية الفرنسية
- حاصل على شهادة عليا في الأمراض الطفيلية
- الشخص بالصدري والأشعة - الشخص بالمنظار الداخلي

Le 31-07-19

EL KAZMOUNI Khadija

ECHOTOMOGRAPHIE- ABDOMINALE.

Dr. Kaddour EL OUATTASSI
GASTRO-ENTEROLOGIE
Médecine Interne
Imme. Assalam 2^{ème} Étage Appt. N° 24
Boulevard Cheikh Saadi 80 000, AGADIR
Tél: 05 28 38 38 02 - Gsm: 06 61 15 12 89

Docteur Kaddour ELOUATTASSI

SPECIALISTE

GASTRO-ENTEROLOGIE

- Ancien Interne des Hôpitaux Universitaires de Rennes
- Ex. Attaché - Chef Clinique à la faculté de Médecine de Rennes
- Qualifié par les Commissions Nationales Françaises de Médecine Interne et de Gastro-Entérologie
- Certificat d'Etude Supérieur de Parasitologie Générale
- ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE**

الدكتور قدور الوطاسي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

- طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بفرنسا
- ملحق سابقا - استاذ مساعد بمستشفيات الجامعية بربان
- مؤهل للأمراض الباطنية وأمراض الجهاز الهضمي من طرف **اللجنة الوطنية الفرنسية**
- حاصل على شهادة عليا في الأمراض الطفiliة
- الشخص بالصدى والأضمة - الشخص بالمنظار الداخلي

FACTURE

Nom du patient : EL KAZMOUNI Khadija

Nature de l'examen : Consultation (C2)= 200.00 DH +
Echotomographie (Z50)= 200.00 DH

Montant Total : 400,00 Dirhams .

INP : 091059618
I.F : 41402925

Le 31-07-19

ICE: 001633912000073

Dr. Kaddour EL QUATTASSI
GASTRO-ENTEROLOGIE
Médecine Interne
 Imm. Assalam 2^{ème} Étage Appt. N° 24
 Boulevard Cheikh Saadi 80 000, AGADIR
 Tél: 05 28 38 38 02 - Gsm: 06 61 15 12 89

عمارة السلام الطابق الثاني إقامة رقم 24 شارع الشيف السعدي أكادير - 80000

البريد الإلكتروني : drkelouattassi@gmail.com / الهاتف : 05 28 38 38 02 /
 Immeuble Assalam 2^{ème} étage appart N°24 Boulevard Cheikh Saadi - AGADIR 80 000
 E-mail : drkelouattassi@gmail.com / Gsm : 06 61 15 12 89 / Tél : 05 28 38 38 02