

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.

Bééducation :

- 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.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>5221</u>	Société : <u>RAT</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>158935</u>
Nom & Prénom : <u>KRATI SIDI</u>			
Date de naissance : <u>13/09/1979</u>			
Adresse : <u>5, Rue El Houd Houd, Fes</u>			
Tél. <u>0614317590</u>	Total des frais engagés : <u>982,2</u>		Dhs

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  </div>	<p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : <u>El Ghazi Célibataire</u> Age: <u>41</u></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Néoplasie Maligne</u></p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie:</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
--	--

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
06.04.93		Ce	Cet	
25.04.93		Ct	Cts	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie de l'ATE 1me R LAHLOUE Boulevard / Bouabid 04 05 22 25 39 7	25/04/23	63220

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du SERVICET DE RADIOLOGIE - N°4 HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBA IMPE: 090063272 279, Bd. Chefchaouuni - Ain Sebaa	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/11/23	B 80	100.24

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISAGE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca , le 25/04/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 250423-586 Pvt du: 25/04/2023 8:50 ***
Mme EL GHAZI GHIZLANE
IPP Patient : 23-002659/23
Patient Ordinaire :
Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

				Valeurs Usuelles	Antériorité
Globules blancs	:	5 900	/mm ³	(4000 - 10000)	5570 (04/04/23)
Globules rouges	:	4,34	10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)	4,38 (04/04/23)
Hémoglobine	:	12,60	g/dl	(11,9 - 14,6)	12,60 (04/04/23)
Hématocrite	:	38,40	%	(36,6 - 48)	39,10 (04/04/23)
VGM	:	88,60	fL	(82,9 - 98)	89,20 (04/04/23)
TCMH	:	29,10	pg	(27 - 32)	28,80 (04/04/23)
CCMH	:	32,80	g/dl	(32 - 36)	32,30 (04/04/23)
Plaquettes	:	498 000	/mm ³	(150000 - 450000)	438 000 (04/04/23)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	52,90 %	Soit	3121/mm ³	(1500 - 7000)	3297,44 (04/04/23)
Lymphocytes	:	34,30 %	Soit	2023/mm ³	(1500 - 4000)	1292,24 (04/04/23)
Monocytes	:	9,00 %	Soit	531/mm ³	(100 - 1000)	907,91 (04/04/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,50 %	Soit	147/mm ³	(50 - 500)	55,70 (04/04/23)
Polynucléaires Basophiles	:	1,30 %	Soit	76/mm ³	(10 - 100)	16,71 (04/04/23)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Dr. SENTISSI Hamza
, Médecin Biologiste
INPE : 080063272

Casablanca, le.....

25/04/2023

Facture N°: FC2304003142

Mme EL GHAZI GHIZLANE

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature

Dr. NAOUFAL MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Casablanca, le.....

04/04/2023

MME EL GHAZI GHIZLANE

NFS

*279 Bd. Cheikh Ould Sidi - Ain Sebaâ
ROUTE DE CASABLANCA - 22778 CASABLANCA
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
Dr. Naoufal MAMOU*

279, BD Chefchaouni Aïn Sebaâ - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc-casablanca.ma

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
Dr. MRABET Mustapha
Médecin Biologiste

ah
AKDITAL

Honoraires

Casablanca , le 25/04/2023

Dossier N°: 250423-586 du: 25/04/2023

Médecin Dr :MAMOU NAOUFAL

23-002659 N°Chambre

Patient :Mme EL GHAZI GHIZLANE

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
Prélèvement sang veineux	1	11,750
	Total B	80
	Total en dirhams	100,00

*SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 000063272
279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebaâ*

Casablanca, le.....

25/04/2023

Mme EL GHAZI GHIZLANE

357



1/ CHEMOSET 8 MG

28/04 1cp x 2/j pour 5 jours matin et soir 1/4 d'heure avant le repas

2/ VOGALENE SIROP



Une cuillere a soupe trois fois par jour un quart d heure avant le repas pour 5 jours



3/ IMODIUM 2 MG 20 GES

30/04 1cp apres chaque diarrhée; maximum 6/j

4/ SMECTA SACHETS

31/04 à 3 sachets / jour en fonction de la consistance des selles

5/ INEXIUM 20MG/ 14CPS

16/05 1 cp le matin pour 1 mois



Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Tél. 05 22 77 82 28
Route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Pharmacie de l'Oasis
Mme R LAHLOU EL KATEB
4 Boulevard A Bouabdil
Tél. : 05 22 25 39 71

ڦوگالين

میطوبیمازین

0.1z

عن طريق الفم

NIVEAU 2
المستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

کونوا علی حذر شدید

منع السباقه دون استشارة مهنيي الصحه

Tableau C (Liste II)

جدول س (لائحة 2)

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance médicale

لَا يَسْلِمُ إِلَّا بِوْصَفَةٍ طَبِيعَةٍ

محلول للشرب 150 ملل



COOPER
PHARMA

YOGALENE® 0.1% ()

Solution buvable -150 ml



6 118000 081050

CHEMOSET® 8mg

10 comprimés pelliculés



6 118001 250615

Fabriqué par Pharmathen - Grèce
Importé par



Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammédia, Maroc

كيموست
أندونسيترون

8 ملغ



10 أقراص ملصقة
عن طريق الفم

Lot N° :
EXP :
PPV :

CHEMOSET®

Ondansétron

8 mg

AFRIC-PHAR

LOT EXP
0205207 08/2025

PPV : 357DH00

10 Comprimés Pelliculés

Voie Orale

Composition : Par Comprimé pelliculé

Ondansétron (DCI) 8 mg

Eq. Ondansétron HCl 10 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Contient du lactose

Indications, Contre-indications

Posologies & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur

Conserver à une température inférieure ou égale à 25°C, à l'abri de la lumière



Médicament autorisé n°: 83/15 DMP/21/NRQ

[Redacted]

Respecter les doses prescrites

Tableau A

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE
DES ENFANTS

500786 C

إيموديوم® 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال.

Lire la notice avant utilisation.
Ce traitement ne dispense pas d'une
réhydratation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

لا يعني العلاج عن إعادة الماء المفقود في الجسم.

يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.

احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لاتحة II

... gélule(s) ... fois/jour
pendant ... jours

PEB:07 2027
LOT: 22E011

IMODIUM 2MG GELULE
P.P.V: 300HS0
20 Gél
9 118000 010845



smecta®

Diosmectite
orange-vanille

PER.110.2025
01:22677



30
SACHETS



ADULTES ET ENFANTS
DE PLUS DE 2 ANS

- يوصى هذا الدواء في علاج الأعراض في حالة:
- الإسهال الحاد لدى الأطفال ما فوق سنتين ككلة لإعادة الماء في الجسم عن طريق الفم، ول لدى البالغين:
- الإسهال المزمن (طويل الأمد) لدى البالغين
- الآلام المرتبطة بالأمراض المعدية الوظيفية لدى البالغين.

الرأي الشرفة قبل الإشغال
يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال
دواء غير خاضع لوصفة طبية

Titulaire d'AMM / Fabricant :
Maphar, Km 10, Route côtière 111, Quartier Industriel ZENATA
Ain Sebaâ - Casablanca - MAROC

IPSEN

سميكطا®
برتقال-فانيليا
ديوسميكتيت 3 غ

المكونات
ديوسميكتيت 3 غ 3,000
كل كيس 3.760 غ

سوق معروف التأثير: غلوكوز، ساكاروز، إيثنول،
مسحوق محلول للشرب في كيس

احفظ هذا الدوا، في مكان بعيد عن
تناول أيدي الأطفال و عن مرآهم
قبل الاستعمال إقرأ بتأنٍ النشرة
العلمية

احتياطات خاصة بشأن الحفظ
الحفظ في مكان لا تتجاوز الحرارة
30 درجة مئوية
يجب حفظه في علبته الأصلية

القائمة II - فقط وفقاً لوصفة طبية

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
احترم المقادير الموصوفة

المواد الفاعلة في تركيب الدوا:
إزوميبرازول 20.00.....
بصيغة إزوميبرازول ماغنيزيوم ثلاثي التمثيل
ك.ك.ل. قرص صامد لحموضة المعدة
السواغات: كمية كافية لقرص صامد لحموضة المعدة
السواغات ذات التأثير المعروف: سكاروز
14 قرص صامد لحموضة المعدة

Fabricant, Conditionneur et Libérateur/
الصانع المعين و المحرر:

AstraZeneca AB
Gärtunvägen
SE-151 85 Södertälje-Suède



* 3 5 5 3 3 3 7 *

N° AMM Maroc رقم رخصة وضع الدوا، في السوق المغرب/
640/15 DMP/21/NRQ

Composition en substances actives

Esomeprazole 20,00mg

Sous forme d'esomeprazole magnésium trihydraté

Pour un comprimé gastro-résistant

Excipients : QSP un comprimé gastro-résistants

Excipients à effet notoire : saccharose

Nom et adresse du Détenteur
de l'AMM/صاحب رخصة التسويق:

AstraZeneca UK Limited

600 Capability Green,

Luton, LU1 3LU

Royaume Uni

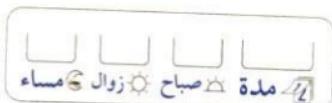
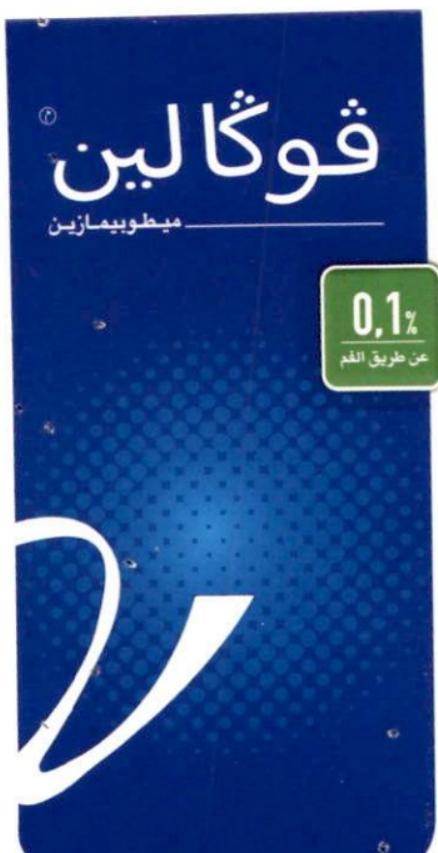
C
SYNTHEMEDIC
22 rue souleyt Benou al ouaam roches
noires casablanca
INEXUM
20 mg
Boîte 14
640/15 DMP/21/NRQ P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591
Cpr GR

EXP 01-2025
LOT ZECB



PPV (DH):
EXP: _____
Lot: _____

08/20



COOPER
PHARMA

AMM N° 81/19/DMP/21/NRQ DNM



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé
كونوا على حذر شديد
نزع السباق دون استشارة مهني الصحة

Tableau C (Liste II) جدول س (الائحة 2)

Respecter les doses presc.
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance médicale

لا يسلم إلا بوصفة طبية

VOGALENE 0,1%

Solution buvable - 150 ml



6 118000 081050