

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.c

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 4



Déclaration de Maladie

M22- 0015930

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3447 Société : 263339
 Actif Pensionné(e) Autre : NAJAH FATIMA
 Nom & Prénom : NAJAH FATIMA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/2023

Nom et prénom du malade : NAJAH FATIMA Age : 20

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur d'oreille articulaire de 3ème degré pour curse

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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) : NAJAH FATIMA

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
11/05/2023	CS	1	150.00	Dr. KAMIL ADDOKALI
21/05/2023	CS	1	150.00	Dr. KAMIL ADDOKALI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FARIS EL BAIDA 928, Bd Mohamed VI Tél: 05 22 28 90 00 - RC: 373141	15/05/2023	435,90
	05/05/2023	99,50

~~ARMACHE PARIS~~

EL BAI
928, Bd Mohamed VI
Tél: 05 22 28 90 90 - RC : 37314

928, Bd Mohamed VI
Tél: 05 22 28 90 90 - RC: 37314

Tél: 05 22 28 90 90 - RC : 37314

Tél: 05 22 28 90 90 - RC : 37314

Date

Montant de la Facture

15/05/2023

435,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

RECEVRE TANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAMIL Imane

Diplômée de la Faculté de Médecine de Monastir (Tunisie)

Médecine Générale

Femme - Homme - Enfant

Diplômée en :

- Fertilité et stérilité
- Colposcopie
- Echographie clinique
- Suivi de grossesse

دكتورة كامل إيمان

الدكتورة كامل إيمان
خريجة كلية الطب بالمنستير (تونس)

طب العام

نساء - رجال - أطفال

diplôme universitaire :

- العقم عند النساء والرجال
- استكشاف سرطان عنق الرحم بالمنظار
- الكشف بالصدى
- مراقبة الحمل



10/10/2023
79,50
Benzyl

NIA GHI Polytwo

1040

3000

14P

89,50
Cetaphyl D3

15g/100ml

PHARMACIE FARIS
ELBAIDA
928 Bd Mohamed V
Tél: 0522 28 90 90 - RC: 373141

Document N° 7
Date : 05/10/2023
Signature : Dr. KAMIL IMANE
N° d'ordre : 6237
N° de prescription : 285
N° de pharmacie : 373141

76,20
Vollvani 75 ml
14P

14P

(pour)

pe 14P/100ml

14P

Av. Aba Choussib Addoukali, N° 607 1er étage Idrissia 2 - Casablanca Tél/Fax : 0522 28 89 85

Email : drkamilimane@gmail.com

Document N° 4
N° d'ordre : 373141
N° de pharmacie : 928
N° de prescription : 607
Signature : Dr. KAMIL IMANE
N° de pharmacie : 373141
N° de pharmacie : 928
N° de pharmacie : 373141

⑪ Euzol 200 (SV) 314
 - 100 g le cuir à jeu] 028
 - 100 g le dr au cuir] 028

⑫ Docteur Lamine KAMIL
 Docteur Lamine KAMIL
 Médecine Générale
 Av. Aba Chouaib Addoukali
 N° 607, El Bidaia 2 - Casa
 Tel: 052 22 39 85

94,00 Mydoflex (SV) (028)

14,60 1 kg 3218

⑬ Pantol 1g (SV) (038)
 1 kg 2x18

T = 435,90

PHARMACIE FARIS
 EL BAIDA
 928, Bd Mohamed VI
 Tel: 05 22 28 90 90 - RC : 373141

Docteur Lamine KAMIL
 Av. Aba Chouaib Addoukali
 N° 607, El Bidaia 2 - Casa
 Tel: 052 22 39 85

Euzol®

Esoméprazole

problèmes hépatiques sévères.
problèmes rénaux sévères.
j'ai eu une réaction cutanée après un traitement par un médicament réduisant l'acidité gastrique.
ré un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

nsquer des symptômes d'autres maladies. Si vous prenez
ez informer immédiatement votre médecin si :

oids sans raison et vous avez des problèmes pour avaler,
uleurs à l'estomac ou une indigestion,
e la nourriture ou du sang,
elles noires teintées de sang.

ction d'un traitement « à la demande » en fonction des besoins, vous
otre médecin si les symptômes persistent ou se modifient.
uiteur de la pompe à protons tel que l'ésoméprazole, en particulier sur
rieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la
net ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez
si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque

z une éruption cutanée, en particulier au niveau des zones exposées au
otre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre
EUZOL. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet
ne une douleur dans vos articulations.

ents et EUZOL®, microgranules gastro-résistants en gélule
médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez
le médicament y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.
gir sur le fonctionnement d'autres médicaments et réciproquement.
à prendre EUZOL® si vous prenez le médicament suivant :
é dans le traitement de l'infection par le VIH).

er votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments

Euzol® 20mg

14 Gélules



6 118000 095354

les infections

dépression) ;
nme relaxant

LOT : 1595
PER : 01-26
PPV : 82DH10

est l'appareil pour un appui sur l'estomac
en cas d'indigestion ou de brûlures d'estomac.

par l'un de ces effets, vous ne devez pas prendre EUZOL®, microgranules gastro-résistants. Son utilisation est déconseillée chez les patients (maladie héréditaire rare). Si votre médecin vous prescrit des sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

3. COMMENT PRENDRE EUZOL®, microgranules gastro-résistants

Prenez toujours ce médicament exactement comme votre pharmacien vous l'a dit. Demandez à votre pharmacien si besoin.

- Si vous prenez ce médicament depuis longtemps, votre médecin sera amené à vous surveiller.
- Si votre médecin vous a dit de prendre ce médicament pour certains besoins, vous devez l'informer si les symptômes changent.

Posologie

Votre médecin vous dira le nombre de gélules à prendre et dépendra de votre état de santé, de votre âge et de votre sexe.

Utilisation chez les adultes âgés de 18 ans et plus

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien (brûlures et remontées acides)

• Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il prescrira une dose quotidienne de 40 mg d'EUZOL® une fois par jour pendant au moins 4 semaines. Un traitement supplémentaire de 4 semaines peut être nécessaire pour la guérison complète.

• La dose recommandée après cicatrisation de l'œsophage est de 20 mg une fois par jour.

• Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, votre médecin peut vous recommander de prendre 20 mg une fois par jour. Une dose quotidienne de 20 mg peut être suffisante pour certains patients.

• Si vous avez de graves problèmes hépatiques, votre médecin peut vous recommander une dose quotidienne de 10 mg.

En cas d'infection par la bactérie *Campylobacter*, l'ulcère du duodénum et prévention de l'ulcère du duodénum

• La dose recommandée est d'une gélule d'EUZOL® une fois par jour pendant au moins 4 semaines.

• Votre médecin vous demandera également de prendre de l'aztreonam ou de l'aztreonam et de l'omeprazole.

En cas d'ulcère de l'estomac associé à l'ulcère de l'œsophage

• La dose recommandée est d'une gélule d'EUZOL® une fois par jour pendant au moins 4 semaines.

En cas d'ulcère de l'estomac associé à l'ulcère de l'œsophage

• La dose recommandée est d'une gélule d'EUZOL® une fois par jour pendant au moins 4 semaines.

Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac



MYDOFLEX 150 mg

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

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

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

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.

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

MYDOFLEX 150mg, boîte de 30 comprimés pelliculés

2. Composition du médicament :

Composition :

TOPLERISONE (DCI).....150mg

Excipients : Acide citrique anhydre, povidone, cellulose microcristalline PH102, eau purifiée, cellulose microcristalline, yde de silicium.

yde de sili

Le partiellement

de glycol, Ta

Type d'activité



... DOFLEX contient le principe actif chlorhydrate de tolperisone qui est un décontractant musculaire. Il e

GTIN: 06118001260850
LOT: 4019
MFG: 07 2022
EXP.: 07 2025
PPV: 94 Pbs 00





Comprimé
Voie orale

AINAT®

FORME ET PRÉSENTATIONS :

Comprimés - boîte de 30 et boîte de 60.

COMPOSITION :

Reine des près (Filipendula ulmaria), Ortie (Urtica Dioica), Griffe du diable (Harpago-phytum procumbens), Curcuma (Curcuma longa), Gingembre (Zingiber officinale), Gluconate de zinc (Zinc 1,59 mg), Gluconate de cuivre (Cuivre : 0,2 mg), Agents de charge : cellulose microcristalline, phosphate de calcium, Antiagglomérants : stéarate de magnésium, dioxyde de silicium..

PROPRIÉTÉS ET UTILISATIONS :

AINAT® comprimé est à base d'actifs naturels qui aident à soulager l'inconfort articulaire, musculaire et des tissus mous (sphère ORL...).

CONSEILS D'UTILISATION :

LOT : 220866
PER : 11\2025
PPC : 79,50DH

- Conservez au sec et à l'abri de la chaleur.

AINAT®
COMPRIMÉS

einte.

est pas un médicament.

Garbagnate Monastero (LC)-Italie.
THERAPHARM

8 051128 634624



Ministère de la Santé n° : DA20171607515DMP/20UCA/v1

Dr. KAMIL Imane

Diplômée de la Faculté de Médecine de Monastir (Tunisie)

Médecine Générale

Femme - Homme - Enfant

Diplômée en :

- Fécondité et stérilité
- Colposcopie
- Echographie clinique
- Suivi de grossesse

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

الدكتورة كامل إيمان

خريجة كلية الطب بالمنستير (تونس)

طب العام

نساء - رجال - أطفال

دبلوم جامعي في :

- العقم عند النساء و الرجال
- استكشاف سرطان عنق الرحم بالمنظار
- الكشف بالصدى
- مراقبة الحمل



25/05/2023
NA 09H1 Rotonde
28,80

① Nitroenyl fct 14p- 14p 14p
39,70

② Ruedu em 14p 26,18
10,00

③ Simeoulee cui 14p 26,18

PHARMACIE PARIS
EL BAIDA
928 Bd Mohamed VI
Tél: 05 22 28 90 90 - RC : 373141

Dr. KAMIL Imane
Médecine Générale
Ala Chouaib Casablanca
Av. Aba Chouaib Addoukali, N° 607 1er étage Idrissia 2 - Casablanca Tél/Fax : 05 22 2839 85
Email : drkamilimane@gmail.com

Av. Aba Chouaib Addoukali, N° 607 1er étage Idrissia 2 - Casablanca Tél/Fax : 05 22 2839 85
Email : drkamilimane@gmail.com

④ Aminok

1 gel

(colore)

2x11

⑤ D3 norm

(colore)

10 gtt/j

14,00

⑥ Phenoxabut

15

lump

2x15

PHARMACIE FARIS
EL PAIDA
528, Bd Mohamed VI
Tél: 05 22 28 00 90 - RC: 373 141

Docteur LIVIANE AAMIL
Médecine Générale
Av Alcide CHOUAIB
N° 607 quartier 2 Casa
Tél: 05 22 28 29 85

T = 92,50

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

VITANEVRII® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

Hexomédine®

Solution



6 118000 180395

AUREOMYCINE 1% Tube de 5 g

Pommade ophtalmique PROMOPHARMA



6 118000 240044

Curogyl® D3

Gouttes buvables

Voie orale

Vitamine D3

(Cholécalciférol)

FORME ET PRÉSENTATION :

Gouttes buvables, flacon compte-gouttes de 30 ml.

COMPOSITION :

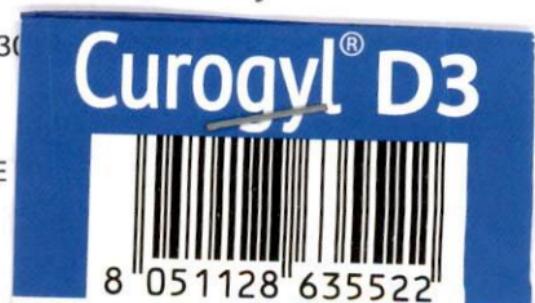
Huile de soja, antioxydant : acétate de vitamine E
(1 goutte = 200 UI = 5 µg).

PROPRIÉTÉS :

Curogyl® D3 gouttes buvables aide à couvrir les besoins quotidiens en vitamine D. Il renforce la solidité osseuse en favorisant la absorption du calcium et stimule les défenses immunitaires naturelles du corps.

CONSEILS D'UTILISATION :

Suivre les recommandations d'un professionnel de la santé. Bien agiter avant l'utilisation.



Lot : 221016
A consommer de préférence avant le : 12/2025
PPC : 89,50 DH

فولتارين® SR 75

أقراص مغلفة. علبة من 20 قرصاً

فولتارين® LP 100

أقراص ملبيسة. علبة من 10 أقراص

ديكلوفيناك الصوديوم : DCI

يحتوي هذا الدواء على أقل من 1 ملليمول من الصوديوم (23 ملг)

لكل وحدة جرعة، أي أنه «عملياً» خالٍ من الصوديوم.

اذن لا تأخذ فولتارين إلا بعد أن تستشير طبيبك، إذا كنت

تعاني من عدم تحمل الهيدروكربونات.

الاستعمال أثناء الحمل والرضاع:

الحمل

إذا كنت حاملاً أو كنت تتوازن الحمل، لا يمكنك أخذ فولتارين

إلا بعد أن تكتوني ناقشت الأمر مع طبيبك. لا ينبغي استعمال

فولتارين في خلال الفصل الأخير من الحمل.

الرضاع

لا ينبغي استعمال فولتارين في خلال فترة الإرضاع إلا إذا

سمح لك الطبيب صراحة بذلك.

التأثير على قيادة السيارات أو استعمال الآلات

يمكن أن يؤثر هذا الدواء على رؤىك الفعل وعلى القدرة على

القيادة وعلى استعمال الأدوات أو الآلات!

يجب عليك بشكل خاص عدم قيادة سيارة أو استعمال آلات

و يجب أن تتصدى طبيبك على الفور عند الشعور بدوافع أو

باضطرابات بصرية أو باضطرابات عصبية مرئية أخرى.

السواغ ذات التأثير المعروف:

السكروز

3. كيف يستعمل فولتارين®؟

الطبيب هو من يحدد بشكل فردي مقدار الجرعة وطريقة

الاستعمال حسب خطورة الاضطرابات وال عمر. من المهم أن

تنبع بدقة تعلميات طبيبك. لا تختبر الجرعة اليومية الموصى

بهما أو مدة العلاج المحددة من طبيبك.

إذا كنت تأخذ فولتارين لأكثر من بضعة أسابيع، يجب أن يتبعك

طبيبك بانتظام لنتائج من أثلك غير مصاب بأثار جانبية مخفية.

تكون الجرعة اليومية في بداية العلاج عادة 100-150 ملغ.

إذا كانت الإصابة أقل خطورة أو أثناء العلاج لفترة طويلة،

تكون جرعة 75-100 ملغ يومياً، أي قرص مغلف واحد

75 ملغ أو قرص ملبيس واحد 100 ملغ في الصباح أو

المساء، كافية معظم الوقت.

الألم البليي وأو التصلب الصباغي، يمكنك أخذ

في الصباح.

م الأمر، يمكن زيادة الجرعة اليومية

(قرصان مغلقان 75 ملغ أو قرصان

مع أقراص مغلقة 25 أو 50 ملغ ا

ما على عدة مرات خلال النهار.

فولتارين المتبعة مع كمية كبيرة من س

أثناء الطعام لا ينفع. تحدثنا

الرجاء قراءة كامل هذه النشرة بعناية قبل أخذ هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قرائتها مجدداً.

إذا كان لديك أي سؤال آخر أو أي شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصياً. لا تعطه لأشخاص آخرين، فقد يؤذن لهم حتى ولو كانت عوارض مرضهم معاظمة

لعواض مرضاً.

إذا أصبح أحد الآثار الجانبية خطيراً أو إذا لاحظت أثراً جانبياً غير مذكور في هذه النشرة، أعلم الطبيب أو الصيدلي.

ماذا تحتوي هذه النشرة:

1. ما هو فولتارين® وما هي دواعي استعماله؟

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال فولتارين®؟

3. كيف يستعمل فولتارين®؟

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

5. كيف يحفظ فولتارين®؟

6. معلومات إضافية

1. ما هو فولتارين® وما هي دواعي استعماله؟

حسب وصفة الطبيب.

فولتارين هو دواء مضاد للروماتيزم.

بحصانة المسكنة والمضادة للآلام

يحفّظ استعمال فولتارين من عوار

والتوتر عبر من تحليق الجزيئات

المسؤولة عن الالتهاب والآلام وال

يمكنه علاج الأسباب.

يُستخدم فولتارين بشكل أساسى لـ

تقليل حالتهم جرعة يومية من 75 ملغ أو 100 ملغ.

اليوم تسهل العلاجات



6 118001 030408
C VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV: 76.20 DH

الدواء