

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H
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

N° W21-813191

173331

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NOUMMOU KHADJA

Date de naissance : 1950

Adresse :

Tél. : 0662284942 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. OUSSALEM. K

Date de consultation : 03/07/2023

Nom et prénom du malade : Mme Noume Khadya

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HIA + dysthyroïdisme

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) :

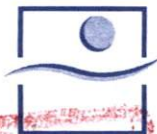
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/07/2023		<	gratuit	INF: 071085313 DR. OUSSALEM. K Médecin Chef CIS AL AZHARI

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N°: 09201057 3/7/2023	3/7/2023	841,25

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	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"/>														
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



Dr. OUSSALEM. K
Médecin Chef
CIS AL AZHARI

Ordonnance

M^{me} Moumen
Khadyja

Casablanca, 03/07/2023

- 1) Evothro a 25 mg
3x6,00
1p/j le matin à jeun
- 2) Exforge 5mg / 160 mg (N°3)
3x22h0
1p/j le matin pd 3 mois
- 3) D-cure forte
3x4960
1ap chaque mois

traitement de 3 mois.

841,20



vous avez présenté après la prise d'Exforge (ou d'autres médicaments tels que des inhibiteurs de l'ECA) des réactions telles qu'un gonflement du visage, des bras et des jambes, des yeux, des lèvres ou de la langue (signes d'un angioedème), vous devez immédiatement arrêter d'utiliser Exforge et consulter sans délai votre médecin.

vous souffrez d'une insuffisance cardiaque ou si vous avez eu un infarctus du myocarde. Suivez attentivement les instructions de votre médecin pour la dose initiale. Votre médecin contrôlera éventuellement aussi votre fonction rénale.

une aggravation des douleurs thoraciques (angine de poitrine) ou un infarctus du myocarde peuvent se produire après le début du traitement.

Le jus de pamplemousse contient un ou plusieurs composants pouvant réduire le métabolisme de certains médicaments, y compris Exforge. Si vous prenez Exforge, il faut éviter d'absorber des quantités importantes (plus d'une tasse par jour) de jus de pamplemousse; s'il est absorbé en quantités normales (1 verre de 250 ml par jour), il est probable que des problèmes en résultent.

Si vous êtes dans l'un de ces cas, parlez-en à votre médecin avant de prendre Exforge.

Informez-le également si vous avez subi une transplantation rénale ou si l'on a diagnostiqué chez vous un rétrécissement de l'artère rénale.

Informez votre médecin

- si vous souffrez d'une autre maladie;
- si vous êtes allergique;
- si vous prenez déjà d'autres médicaments;
- si vous avez une maladie rénale interne ou externe (médecin particulier);

- si vous prenez des médicaments pour la douleur;
- si vous prenez des médicaments contre la tension;
- si vous prenez des compléments alimentaires;
- si vous prenez des sels contenant du potassium;
- si vous avez éventuellement périhépatite;
- si vous avez des problèmes dans le sang.

Informez votre médecin si vous prenez actuellement d'autres médicaments modifiant l'organisme, en particulier les médicaments pour le diabète (tels que kétoconazole), le traitement du SIDA ou

Exforge® 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés



02 2026
B8894U



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

St-76/510

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc:

اسم وعنوان المؤسسة الصيدلانية الحاصلة على الترخيص بالمغرب:

Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaoui.
Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

Fabricant: مصنع من طرف

Siegfried Barbera, S.L, Barbera del Valles, Espagne

28 comprimés pelliculés

08 2025
B60AJ5

EXP
LOT

1128565-
A22-MA

LGR
POUR COULEUR

3608

Si vous avez présenté après la prise d'Exforge (ou d'autres médicaments tels que des inhibiteurs de l'ECA) des réactions telles qu'un gonflement du visage, des bras et des jambes, des yeux, des lèvres ou de la langue (signes d'un angioedème), vous devez immédiatement arrêter d'utiliser Exforge et consulter sans délai votre médecin.

Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque ou si vous avez eu un infarctus du myocarde. Suivez attentivement les instructions de votre médecin pour la dose initiale. Votre médecin contrôlera éventuellement aussi votre fonction rénale.

Une aggravation des douleurs thoraciques (angine de poitrine) ou un infarctus du myocarde peuvent se produire après le début du traitement.

Le jus de pamplemousse contient un ou plusieurs composants pouvant réduire le métabolisme de certains médicaments, y compris Exforge. Si vous prenez Exforge, il faut éviter d'absorber des quantités importantes (plus d'un litre par jour) de jus de pamplemousse; s'il est absorbé en quantités normales (1 verre de 250 ml par jour), il est improbable que des problèmes en résultent.

Si vous êtes dans l'un de ces cas, parlez-en à votre médecin avant de prendre Exforge.

Informez-le également si vous avez subi une transplantation rénale ou si l'on a diagnostiqué chez vous un rétrécissement de l'artère rénale.

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si

- vous souffrez d'une autre maladie,
- vous êtes allergique,
- vous prenez déjà d'autres médicaments en usage interne ou externe (même en automédication!), et en particulier:
- des médicaments pour abaisser la tension artérielle, en particulier des inhibiteurs de l'ECA ou l'aliskirène,
- des médicaments contenant du potassium ou des compléments alimentaires à base de potassium ou de sels contenant du potassium. Votre médecin contrôlera éventuellement dans le sang.

Informez votre médecin si vous prenez actuellement des médicaments modifiant l'organisme, en particulier les mycoses (tels que le traitement du SIDA).



611800103056 9

EXFORGE ○

~~5mg/160mg~~

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforae® 5 mg/160 mg

MCP220MA003118
09/08/2018

1 .. / ..
2 .. / ..

3 .. / ..



PPV:49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3



Importé par : **Ergo Maroc**
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB

MCP220MA003118
09/08/2018

1 .. / ..
2 .. / ..

3 .. / ..



PPV:49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3



Importé par : **Ergo Maroc**
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB



Fabricé par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
 B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

PPV: 49,60 DH
 LOT: 23B09
 EXP: 02/2026

MCC220MA118PE-02
 09.01.2020
 120x420-120x37:40gr-C5

Notice :

Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I,
en buvable en ampoule, boîtes de 3.
 Cholécalciférol (Vitamine D 3).

...te notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations
 ...nt scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre
 ...la relire.
 ...ou information.
 ...z-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirables non
 ...ne ressentiez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien .

...lisé ?
 ...iser D-Cure forte?

MCP220MA03118
 09/08/2018

مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام)،
يوصى بالمرقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.

هذا ١ بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج

ت السممة مرتبطة بقصر الغدة الدرقية

إعات الكبيرة خطيرة، خصوصاً إذا كان

منبطات الشهية (الأدوية " تقليل

التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من

بعد بدء العلاج.

الصيدلاني قبل تناول ليفوثيروكس قرص

قابل

اشترائك مع الدوية أخرى

أدوية أخرى مع ليفوثيروكس

ابلع الطبيب أو طبيب الأسنان إذا كنت تأخذ منذ

قليل أو قد تأخذ أي دواء آخر، بما في ذلك الأدوية التي يتم

الحصول عليها دون وصفة طبية. بعض الأدوية قد تؤثر على

فعالية ليفوثيروكس.

للسه

الحقن

يشتر

الشهد

فعال

15

يجب

قابل

6

118001

102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلع طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضاً على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبداً في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور على

تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير. EXP. العبوة بعد

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25° م في

العبوة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر، تحذيرات من بعض علامات واضحة للتدهور

لا يجوز التخلص من الأدوية في المجزور العام أو في النفايات

المختلطة بالصلابة

مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام)،
يوصى بالمرقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.

هذا ١ بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج

ت السممة مرتبطة بقصر الغدة الدرقية

إعات الكبيرة خطيرة، خصوصاً إذا كان

منبطات الشهية (الأدوية " تقليل

التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من

بعد بدء العلاج.

الصيدلاني قبل تناول ليفوثيروكس قرص

قابل

اشترائك مع الدوية أخرى

أدوية أخرى مع ليفوثيروكس

ابلع الطبيب أو طبيب الأسنان إذا كنت تأخذ منذ

قليل أو قد تأخذ أي دواء آخر، بما في ذلك الأدوية التي يتم

الحصول عليها دون وصفة طبية. بعض الأدوية قد تؤثر على

فعالية ليفوثيروكس.

للسه

الحقن

يشتر

الشهد

فعال

15

يجب

قابل

6

118001

102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلع طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضاً على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في

هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد

على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبداً في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور على

تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير. EXP. العبوة بعد

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25° م في

العبوة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر، تحذيرات من بعض علامات واضحة للتدهور

لا يجوز التخلص من الأدوية في المجزور العام أو في النفايات

المختلطة بالصلابة

مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام)،
يوصى بالمرقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.

هذا ١ بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج

ت السممة مرتبطة بقصر الغدة الدرقية

إعات الكبيرة خطيرة، خصوصاً إذا كان

منبطات الشهية (الأدوية " تقليل

التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من

بعد بدء العلاج.

الصيدلاني قبل تناول ليفوثيروكس قرص

قابل

اشترائك مع الدوية أخرى

أدوية أخرى مع ليفوثيروكس

ابلع الطبيب أو طبيب الأسنان إذا كنت تأخذ منذ

قليل أو قد تأخذ أي دواء آخر، بما في ذلك الأدوية التي يتم

الحصول عليها دون وصفة طبية. بعض الأدوية قد تؤثر على

فعالية ليفوثيروكس.

للسه

الحقن

يشتر

الشهد

فعال

15

يجب

قابل

6

118001

102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلع طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضاً على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في

هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد

على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبداً في متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور على

تاريخ انتهاء الصلاحية يشير إلى اليوم الأخير. EXP العبوة بعد

من ذلك الشهر.

ظروف التخزين

يجب أن يتم تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25° م في

العبوة الأصلية، محمية من الضوء.

إذا لزم الأمر، تحذيرات من بعض علامات واضحة للتدهور

لا يجوز التخلص من الأدوية في المجزور العام أو في النفايات

المختلطة بالصلابة