

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-657694

77554

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2204 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL BARRALI Samira (veuve HANABLI)  
 Date de naissance : 12/07/1965  
 Adresse : 6 rue Jbel anou Hay salam Casablanca  
 Tél. : 0664571756 Total des frais engagés : 1076,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19-01-2023  
 Nom et prénom du malade : HANABLI Samira Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cystites récurrentes  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : Casablanca Le : 19/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	03 + 100		65000	INF: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE L'OLIVIER</b> <b>Mme DRIBINA Fatma</b> Pharmacie Bd. Ghandi - Casablanca 05 23 30 10 50	13/07/23	27680

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/07/2023	P102	200,00 €

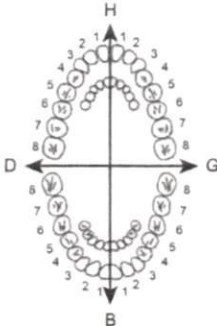
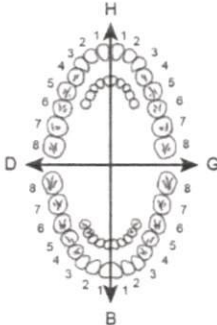
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	INP : <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anatomo-cytopathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## FACTURE

REF : FA23003030

Date de facturation 14 / 07 / 2023  
Médecin traitant Pr. ZINOUN  
Patient Mme Samira HANABLI  
Demande référence C233AR0192  
Demande reçu le 14/07/2023

A Payer 200,00 Dhs  
coefficient-P 182  
Mode de règlement Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS

**Pr. S. ZAMIATI**

**Dr Soumaya ZAMIATI**  
**CENTRE DE PATHOLOGIE**  
11, Rue Lieutenant Berge  
Casablanca - Tél (LG) : 0522 20 23 02

ICE 001808242000088 IF 15200176 INPE 91024752 INPE du Laboratoire 093002954

# Professeur Nadia ZINOUN

Agrégée en Gynécologie-Obstétrique  
Ex-enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
CANCÉROLOGIE - MÉDECINE FŒTALE  
MALADIE DU SEIN - STÉRILITÉ DU COUPLE  
ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE

## الدكتورة نادية زنون

أستاذة مبرزة  
إختصاصية في طب النساء و التوليد  
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء  
توليد - جراحة أمراض النساء  
جراحة الثدي - العقم  
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

23/05/1992

13 JUIN 2003

Casablanca, le .....

Dr Soumaya ZAMIA  
CENTRE DE PATHOLOGIE  
Ibn Eljathis  
11, Rue Lieutenant Berge  
Casablanca - Tél (L.G.) 0522 20 73 05

M<sup>re</sup> Hamati Samira

58 ans

FCU

+

Dr Soumaya ZAMIA  
CENTRE DE PATHOLOGIE  
Ibn Eljathis  
11, Rue Lieutenant Berge  
Casablanca - Tél (L.G.) 0522 20 73 05

Professeur Nadia ZINOUN  
Agrégée en Gynécologie - Obstétrique  
56, Bd Abderrahim Bouabid - 4<sup>ème</sup> Etage Espace  
Oasis - 77/78/73 - 561 0500  
Tél : 05 22 20 76 77/78/73 - Fax : 05 22 20 76 78 - E-mail : drnadiazinoun@gmail.com

**Dr. Abdelmajid RIFKI**

Anatomo-cytopathologiste  
Diplômé de l'Académie de Lyon  
Ex. enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس  
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

**Pr. Soumaya ZAMIATI**

Anatomo-cytopathologiste  
Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Reçu le : **14/07/2023**

Edité le : **18/07/2023**

Âge : **58 ans**

Notre réf. : **C233AR0192**

Prescripteur : **Pr. ZINOUN**

Patient(e) : **Mme Samira HANABLI**

Organe : **FCU**  
(FCU de dépistage)

## COMPTE RENDU CYTOPATHOLOGIQUE

Frottis cervico-utérin en milieu liquide. L'examen cytologique est réalisé après étalement en couche mince et coloration selon la méthode Papanicolaou. L'étalement examiné est représentatif, comportant des cellules desquamées malpighiennes et endocervicales, analysables. Le fond est non inflammatoire, ponctué de quelques polynucléaires neutrophiles. Les cellules malpighiennes sont surtout représentées par des cellules intermédiaires au cytoplasme cyanophile et au noyau régulier et par quelques cellules parabasales régulières. Les cellules endocervicales sont le siège d'une métaplasie malpighienne immature. Il n'est vu ni atypies cytonucléaires ni agent pathogène.

### CONCLUSION :

Frottis cervico-utérin pré-atrophique normal (NILM selon Bethesda 2014)

**Pr. S. ZAMIATI**

  
Dr Soumaya ZAMIATI  
CENTRE DE PATHOLOGIE  
Ibn Ennafis  
11, Rue Lieutenant Berge  
Casablanca - Tél (L.G.): 0522 20 23 02

# Professeur Nadia ZINOUN

Agrégée en Gynécologie-Obstétrique  
Ex-enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca

ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
CANCÉROLOGIE - MÉDECINE FŒTALE  
MALADIE DU SEIN - STÉRILITÉ DU COUPLE  
ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE

Casablanca, le .....

13 JUL 2023

GYSTINAT CP 28  
PPC : 104.00 DH

Ut Av : 12-2025	Lot : 1022068
--------------------	------------------

IPHADERM

Se conformer aux consignes d'emploi :  
ne pas utiliser si le produit est périmé, si les troubles persistent, consultez votre médecin traitant.

إختصاصي في  
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء  
توليد - جراحة أمراض النساء  
جراحة الثدي - العقم  
النحس بالصدء - الفحص المنظار

V015A - 03/21 - ETCOURFEGL



3 525726 005001

A consumer of preference avant fin / Best before end of:  
Lot n° / Batch n°:  
Voir sur le côté de l'étui / See on the side of the box.

De Honasli Somura,

Spectrum

14 x 2 1/2 x 7 1/2

Blissel

1 appl 1/2 x 20 jours

Cystinat

14 x 2 1/2 x 7 1/2

Professeur Nadia ZINOUN  
Agrégée en Gynécologie - Obstétrique  
Bou Abderrahim Bouabid Esp  
104 Oasis - 4ème Etage Cas  
Tél : 05 22 20 76 77/78/73 - Fax : 05 22 20 76 78  
E-mail : drnadiazinoun@gmail.com

PHARMACIE L'OLIVIER  
Mme DRIBINA Fatima  
Pharmacienne  
76, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 10 97

SPECTRUM® 250 & 500 mg B/10 & B/20

SPECTRUM® 750 mg B/10

Comprimés pelliculés  
(Ciprofloxacine)

Veul  
Gard  
Si vo  
méde  
Ce mé  
même  
Si l'ur  
ment

**Spectrum® 500mg**

Ciprofloxacine 10 Comprimés



6 118000 081456

1. COM  
Substan  
Ciprofloxa

Excipien  
magnésy

2. CLAS

Classe /

SPECT

3. IND

La opr

bactéri

bactéri

- Chit

SPC

- Infections des voies respiratoires
  - Infections persistantes ou récurrentes de l'oreille ou des sinus
  - Infections urinaires
  - Infections de l'appareil génital chez l'homme et chez la femme
  - Infections gastro-intestinales et infections intra-abdominales
  - Infections de la peau et des tissus mous
  - Infections des os et des articulations
  - Prévention des infections dues à la bactérie *Neisseria meningitidis*
  - Exposition à la maladie du charbon
- SPECTRUM® peut être utilisé dans le traitement de patients présentant un faible taux de globules blancs (neutropénie), et ayant de la fièvre, dont on suppose qu'une bactérie en est la cause.
- Si vous présentez une infection sévère ou une infection due à différents types de bactéries, un traitement antibiotique additionnel pourra vous être prescrit en complément de SPECTRUM.

**Chaz l'enfant et l'adolescent**

SPECTRUM® est utilisé chez l'enfant et l'adolescent, sous le contrôle d'un spécialiste, pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des poumons et des bronches chez l'enfant et l'adolescent atteint de mucoviscidose
- Infections urinaires compliquées, y compris les infections ayant atteint les reins (pyélonéphrite)
- Exposition à la maladie du charbon.

SPECTRUM® peut également être utilisé pour traiter d'autres infections sévères spécifiques de l'enfant et de l'adolescent si votre médecin le juge nécessaire.

**4. POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Votre médecin vous expliquera précisément quelle quantité de SPECTRUM® vous devez prendre, à quelle fréquence et pendant combien de temps. Ceci dépendra du type d'infection et de sa sévérité.

Prévenez votre médecin si vous avez des problèmes rénaux car la dose de médicament à prendre devra éventuellement être adaptée.

Le traitement dure généralement de 5 à 21 jours mais peut être plus long en cas d'infection sévère. Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. Vérifiez avec votre médecin ou votre pharmacien si vous avez des doutes sur le nombre de comprimés de SPECTRUM® à prendre ou la façon de les prendre.

- Avez les comprimés avec une grande quantité de boisson. Ne croquez pas les comprimés car ils ont mauvais goût.
- Essayez de prendre les comprimés à peu près à la même heure chaque jour.
- Vous pouvez prendre les comprimés au cours ou en dehors des repas. Le calcium présent dans un repas n'a pas d'incidence grave sur l'effet du médicament. Cependant, ne prenez pas les comprimés de SPECTRUM®, avec des produits laitiers de type lait ou yaourt ou des jus de fruit enrichis (par ex. jus d'orange enrichi en calcium).

Pensez à boire abondamment pendant le traitement par ce médicament.

**5. CONTRE-INDICATIONS**

Ne prenez jamais SPECTRUM® comprimé pelliculé :

- Si vous êtes allergique à la substance active, aux autres quinolones ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (voir rubrique 1)
- Si vous prenez de la lizidine (voir rubrique 3)

ce médicament.

us d'information à votre

ais à quelqu'un d'autre.

un effet indésirable non

macien.

250, 500 ou 750 mg

stearate de  
6000

en luan les  
pécifiques de

74,80

6 EFFETS IND  
Description de  
Comme tous  
surviennent pa  
Les effets ind  
la section ci-  
Arrêtez de pre  
traitement anti  
Effets indésir  
• Crises convul  
Effets indésir  
• Réaction aller  
la poitrine, des  
sensations res  
anaphylactique  
• Faiblesse mus  
particulier du g  
• Eruption cutan  
doques ou d'ab  
organes génita  
le corps (syndr  
Fréquence ind  
• Sensations in  
musculaire dans  
• Effet indésirab  
des anomalies h  
s'accompagnant  
Reaction with  
Généralisée)  
D'autres effets  
listés ci-dessou  
Effets indésirab  
• Nausées, diarr  
• Douleurs dans  
Effets indésirab  
• Douleurs dans  
• Surtensions li  
• Taux élevé d'u  
• Diminution de  
• Hyperactivité,  
• Maux de tête,  
• Vomissement  
(indigestion/brû  
• Augmentation  
• Eruption cutan  
• Altération de la  
• Douleurs dans  
• Elevation du ta  
Effets indésirab  
• Douleurs musc  
• Inflammation d  
cas) (voir rubric  
• Modification d  
neutropénie, an  
servant à la coag  
• Réaction allerg  
de quincke) (vo  
• Augmentation  
• Diminution du  
• Confusion, dél  
pensées suicida  
• Fourmillement  
tremblements, v  
• Troubles de la  
• Bourdonnement  
• Accélération de  
Dilatation des ve  
• Essoufflement  
• Troubles hépat  
• Sensibilité à la  
• Insuffisance ré  
• Rétention d'eau  
• Augmentation  
Effets indésirab  
• Type particule

# Blissel® 50 µg/g, Gel vaginal

D.C.I: ESTRIOL

Veillez lire attentivement l'notice

Lot: 206  
EXP: 03-2024  
PPV (Dhs): 98,00

Blissel® 50 µg/g  
Estriol  
Gel vaginal, boîte d'un tube de 10 g



Quels cas est-il utilisé  
à connaître avant d'utiliser  
vaginal  
programmes/g, gel vaginal  
éventuels  
50 microgrammes/g, gel

## UTILISE ET DANS QUELS CAS EST-IL

**CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE :**

BLISSEL contient de l'estriol, une hormone féminine identique à une hormone naturellement produite par votre corps, appelée œstrogène.

Blissel est utilisé : pour des problèmes vaginaux causé par la carence d'œstrogène.

Une telle carence peut réduire la paroi du vagin, et la rendre sèche. Ainsi, le rapport sexuel peut devenir douloureux ; en outre, vous pouvez développer des infections vaginales. Ces problèmes peuvent être réduits en utilisant des médicaments comme Blissel, qui contient de l'œstrogène.

Plusieurs jours ou semaines peuvent être nécessaires avant que vous n'observiez une amélioration.

Blissel est utilisé pour le traitement de la sécheresse vaginale qui est due au manque d'œstrogène après la ménopause.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER BLISSEL

Tout avec les bénéfices, TSH (Thérapie Substitutive Hormonale) a certains risques, dont vous devez tenir compte quand vous décidez si commencer le traitement, ou si le continuer.

Avant de commencer la TSH

Votre médecin doit vous poser des questions sur votre histoire médicale personnelle et familiale. Il peut aussi décider d'examiner votre sein ou votre abdomen et il peut effectuer un examen interne. Il le fera seulement si nécessaire pour vous, ou en cas de situations particulières.

• Informez votre médecin si vous avez des problèmes médicaux ou des maladies.

## Contrôles pé

Une fois la  
consultez rég  
Pendant ces  
vous sur les b  
thérapie horm

## N'utilisez pas

• Si vous avez  
tumeur du se

• Si vous avez

aux œstrog

l'utérus (endo

• Si vous avez

• Si vous avez

l'utérus (hyp

• Si vous avez

dans les ve

(thrombose

(embolie pul

• Si vous ave

(comme, par

S ou d'antithr

• Si vous ave

causées par

attaque card

• Si vous ave

vos fonction

• Si vous avez

(il s'agit d'une

• Si vous êtes

n'importe le

(voir paragrap

Si n'importe

première fois

de suite le tra

## Avertisseme

Ce médicament

dans le vagin

chez les fe

(amincisseme

Veillez inform

eu l'un(e) des

cas, peuvent

avec BLISSEL

• trouble card

• excès de ch

• changemen

• endométrio

de l'utérus et

• tumeur bén

• tension art

• diabète,

• calculs bilia

• migraine ou

• maladie r

érythémateu

• épilepsie (c

• asthme,

• otospongio

osseux de l'o

## Les instructions suivantes indiquent comment utiliser le gel.

L'image ci-dessous montre les différents éléments du tube et de l'applicateur (piston et canule).

Tube ▶



Bouchon jetable

Piston ▶



Canule ▶



Indicateur de remplissage

1

2