

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-815405

128M1
MUPRAS OCT. 2023

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9466

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOR CHID Abderrazak

Date de naissance : 26/12/1969

Adresse : Rue Tunis Immeuble Samira

Le 1^{er} étage a.t A NADOR

Tél. : 0672641770

Total des frais engagés : 1000 Dhs

الدكتور وليم عبد الحميد

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

طبيب عسكري مطبقاً بماركة و جرس

غير مخلف لدى المحاكم

الطلب العلمن

لمسافة 2 بلوك بـ رقم 341 العي الحسين

الدار البيضاء - المحمول: 0668 14 82 01

Date de consultation : 23/08/2023

Nom et prénom du malade : M. MORCHID AYMEN

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Aymen

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 : Casablanca

Le : 23/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-815405

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 :

128M1
MUPRAS OCT. 2023

ACCUEIL

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
23/08/23	✓	C	200,00	INP : 09 1116 202 الدكتور ولم عبد الرحمن طيب عبد

EXECUTION DES ORDONNANCES

ROCHES SA FRASSET QUARTIER PAUX CASABLANCA 22 49 20 20	Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		93 06 2023	0668 14 82 01 1065,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

DES Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/08/23	D 5 + 180	180 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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													
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
35533411 11433553																
B																
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
					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

الدكتور وليم عبد الحميد
طبيب عسكري سابق بسمارة و جرسيف
خبير بخلف لدى المحاكم

التشهيب للعام

لسافسة 2 بنوك 2 رقم 341 وهي المسماة

الدار البيضاء - المحمول: 0668 14 62 01

Nom/Prénom : **MORCHID**

Bilan Biologique

Le : **23/08/23**

Age : **44 ANS** Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Glucose

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na+
 - K+
 - Cl-
 - Ca++
 - Phosphore
 - Na+
 - K+
 - Cl+
 - Urée
 - Crétatimine
- 

Autres :

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acides
- Phosphatases alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- 5'Nucléotidase
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

Ionogramme urinaire

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl+
- Urée
- Crétatimine

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme

**Dosage d'Helicobacter pylori
dans le sang**

Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Sérologie et immunologie

- VDRL-TRHA
- Hépatite B
 - Antigène Hbs
 - Anticorps Anti-Hbs
 - Anticorps Anti-Hbc
 - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
 - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- B-HCG Plasmatique

Facteur Rhumatoïde :

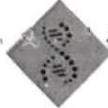
- (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASO
- Dosage du Complément

الدكتور وليم عبد الحميد
طبيب عسكري سابق بسمارة و جرسيف
خبير بخلف لدى المحاكم

لسافسة 2 بنوك 2 رقم 341 وهي المسماة

الدار البيضاء - المحمول: 0668 14 62 01



**LIAB**

المختبر الدولي للتحليفات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 24-08-2023

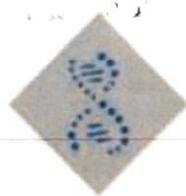
FACTURE N° 000295558**Nom, Prénom du patient :** Mr AYMEN MORCHID**Date de l'examen :** 24-08-2023**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2308240133**Médecin demandeur :** Dr ABDELHAMID OUALIM**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0270	Hélicobacter pylori	B180	B

Total des BHN : 180**Montant total en chiffre :** 180DHS.**Montant Total en lettres :** cent quatre-vingts dirham .

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.





LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Dr ABDELHAMID OUALIM
Spécialité :
Adresse :
Correspondant :
Edition du: 25-08-2023 à 14:13

Dossier N° : 2308240133 –
MR AYMEN MORCHID
Né(e) le : 22-02-2002
Prélevé : interne le 24-08-2023
à 14:05

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

SEROLOGIE BACTERIENNE

Sérologie Helicobacter pylori IgG

Résultat (sérum,EIA.)	Positif
Titre	>200.00 AU/ml
Négatif: <8 AU/ml	
Douteux: 8–12 AU/ml	
Positif: >12 AU/ml	

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [], il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LiAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.*

Demande validée biologiquement par : **Professeur IDRISI LARBI**



Page 1 sur 1

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :

7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; **Tel :** +212(0)5 22 42 39 60/55; **–GSM :** 06 61 85 78 48
site web : www.liab.co.ma **Email:** contact@liab.ma

IF : 50367069 ; **CNSS :** 2783061 ; **Patente :** 36341724 ; **N°ICE :** 002863495000067 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;

Prélèvement à domicile sur RDV

Dr.OUALIM Abdel Hamid

Ex. Médecin Militaire
à Samara et Guercif
Spécialiste en Echographie
MEDECINE GENERALE

الدكتور وليم عبد الحميد

طبيب عسكري سابق
بسمارا وجرسيف
اختصاصي في الاوكوكرافيا
الطب العام

Casablanca, le : 23/08/23 البيضاء، في:

M2 MORCHID AYmen

22.200 درهم 29 درهم 11 درهم 1065 درهم

0668 14 62 01 341 رقم بلوك 2 طلاق 341 رقم الحسنى 0668 14 62 01

PHARMACIE DE L'HOPITAL
IBNOU ROCHD sarl
1 RUE GRASSET QUARTIER
DES HOPITAUX CASABLANCA
J5 22 49 20 20

الدكتور وليم عبد الحميد
طبيب عسكري سابق
بسمارا وجرسيف
اختصاصي في الاوكوكرافيا
الطب العام

06.68.14.62.01 (ب) رقم 341 طريق الجديدة - الدار البيضاء - الهاتف:

Lissasfa 2 Bloc (B) N°341 Route El Jadida - Casablanca - GSM: 06.68.74.62.01

Tardyferon® 80 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.



Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

âgés souffrant d'une insuffisance rénale, de diabète et/ou d'une augmentation de la tension qui recevaient des médicaments pour ces maladies et une supplémentation en fer pour traiter leur anémie.

Précautions d'emploi

La consommation importante de thé inhibe l'absorption du fer. Il est préférable de prendre ce médicament en même temps que

TARDYFERON 80 mg comprimé pelliculé

les médicaments suivants, vous ne devez pas prendre TARDYFERON 80 mg comprimé pelliculé sauf si votre état le nécessite. En effet, certains médicaments ne peuvent être pris au même temps, alors que d'autres médicaments peuvent être pris au moment de

les médicaments injectables contenant du fer.
les médicaments contenant de l'acide

certains antibiotiques (les cyclines ou les

édicaments pour traiter une fragilité osseuse
, le strontium).

- Si vous prenez un médicament pour traiter une maladie des articulations (la penicillamine).
- Si vous prenez un médicament pour traiter une maladie de la thyroïde (la thyroxine).
- Si vous prenez des médicaments pour traiter la maladie de Parkinson (l'entacapone, la méthyldopa, la levodopa, la carbidopa).
- Si vous prenez du zinc ou du calcium.
- Si vous prenez un médicament pour traiter une acidité excessive de votre estomac : topiques gastro-intestinaux, charbon ou antiacides (sels d'aluminium, de calcium et de magnésium).
- Si vous prenez un médicament pour traiter l'hypercholestérolémie (cholestyramine).

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

TARDYFERON 80 mg comprimé pelliculé avec des aliments et boissons

La consommation concomitante de laitage, de thé, de café, de vin rouge, de légumineuses, d'œufs ou de céréales empêche l'absorption du fer par l'organisme.

Grossesse, allaitement

Ce médicament, dans les conditions normales d'utilisation, peut être pris pendant la grossesse.

L'utilisation de ce médicament est possible chez la femme qui allait. Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Aucune donnée disponible sur les effets de la capacité à conduire et utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?

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.

Posologie

Ce médicament est réservé aux enfants de plus de 6 ans et aux adultes.

quel cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES

Ce médicament est un apport en fer. Il est recommandé dans l'anémie par carence en fer et pour prévenir cette carence pendant la grossesse lorsqu'un apport alimentaire en fer est insuffisant.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TARDYFERON 80 mg, comprimé pelliculé ?

Ne prenez jamais TARDYFERON 80 mg comprimé pelliculé :

- si vous êtes allergique (hypersensible) au fer ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous avez une anémie (quantité insuffisante de globules rouges dans le sang) non liée à une carence en fer.

Avertissements et précautions

Adresssez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre TARDYFERON 80 mg comprimé pelliculé.

Si vous prenez TARDYFERON 80 mg comprimé pelliculé pour un manque de fer, il faudra également rechercher la cause de ce manque afin de la traiter.

Si votre manque de fer est associé à une maladie inflammatoire, le traitement par TARDYFERON 80 mg ne sera pas efficace.

En raison du risque d'ulcérations buccales et d'altération de la couleur dentaire, les comprimés ne doivent pas être sucés, mâchés ou gardés dans la bouche mais avalés entiers avec de l'eau.

Si vous ne pouvez pas suivre cette instruction ou si vous rencontrez des difficultés de déglutition, veuillez contacter votre médecin.

D'après des données publiées dans la littérature, il a été observé des colorations de la paroi du tube gastro-intestinale chez des patients

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 222,00 DH

LOT : 651619

PER : 02/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline





GTIN 05016007207996
LOT 233674A
MFG 02 2023
EXP 01 2026
SN 560758330113

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :

SOTHEMA, B.P.N° 1,27182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262