

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031168

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1240 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAH BABI Liliane
Date de naissance : 11/7/1945
Adresse : 405 B Rte d'El Jazidja
Résidence Ghazal - Casablanca
Tél. : 0663720538 Total des frais engagés : 2303,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/2023

Nom et prénom du malade : LAH BABI LILIANE Age : 78

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

Nature de la maladie : Insuffisance Rénale Hémodialyse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC 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 : Casablanca Le : 21/11/2023

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
21/11/23		2	Gnatul	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/23	210360

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/23	B 200	200 lls

AUXILIAIRES MEDICAUX

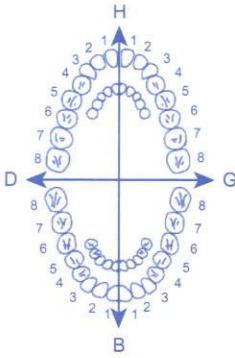
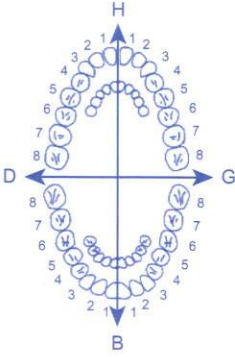
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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																	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
			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



Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie
Maladies des Reins et Hémodialyse
Ancien Interne et Chef de Clinique
des Hôpitaux de Paris
Médaille d'or de la Faculté Cochin
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris

Casablanca, le 21-11-2023

Mme LAHBABI LI LIANE.

2180
2440

- SEZETIDE 250 - 8 : 115 (1 Boîte).
- SET-MED 100 - 8 sm^l : 1 Ampoule

5660

Par semaine (1 Boîte).
- STILNOX 10 - 8 : 115 (1 Boîte).
- RELOTRON 3000 us : 2 injections

15850

Par semaine (1 Boîte).

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDA Roukia
15-16 Rue Keigomar Résidence Anbar
Casablanca - Tél: 0522 79 79 01

Docteur Anis LAHLOU
NEPHROLOGUE
Angle B.d. Ghandi
et 2 Rue Kadmiri Casablanca
Tél: 0522 25 61 48 IMP: 091089383

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDA Roukia
15-16 Rue Keigomar Résidence Anbar
Casablanca - Tél: 0522 79 79 01

مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جوس

Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafi Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37

Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

Facture n° 129554

CASABLANCA LE

21/11/2023

Analyses effectuées le: 21/11/2023

Pour.....: **Mme LAHBABI LILIANE**

Sur prescription du: Dr LAHLOU ANIS

Code.....: 4AF1314



Organisme.....: **PRELEVEMENT FAIT AU CENTRE**

Analyses Effectuées:

NFS1=B70 CRP1=B90 TPR=B40

Cotation : (B 200)

Montant Net : 200.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE
BENAMOUR GUESSOUS
44, Abou Abdellah Nafi Maârif - 20 100 Casablanca
Tél: 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37
E-mail : labolbg@gmail.com

مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جوسوس

Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37

Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

Edition du : 21/11/2023

Matricule :



31121CR1395

Code Patient: 4AF1314

du : 21/11/2023

Mme LAHBABI LILIANE

Médecin: Dr. LAHLOU ANIS

**PRELEVEMENT FAIT AU
CENTRE**

EXAMENS DE SANG HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

TAUX DE PROTHROMBINE

Témoin.....	100	%	
Patient.....	28	%	> 70% 31 (28/10/23)
INR.....	3.21		2.79 (28/10/23)

Interprétation

Prévention des thromboses veineuses	(2 < INR < 3)
Prévention et traitement des thromboses veineuses récurrentes	(2.5 < INR < 3.5)
Prévention des thromboses artérielles, valves cardiaques	(3 < INR < 4)

EXAMENS DE SANG BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

PROTEINE C REACTIVE (CRP) (CMIA - ARCHITECT ABBOTT)

Titre.....	3.58	mg/l	(< 6) 9.45 (07/09/23)
------------	------	------	-----------------------

Dr. BENAMOUR ILHAM
MÉDECIN BIOLOGISTE
44 Rue Abou Abdellah Nafii
Maârif Casablanca
Tél: 0522 98 92 15 - 0522 99 15 30
0662 15 09 33

Dr. BENAMOUR .

مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جسوس

Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37

Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

Edition du : 21/11/2023
Matricule :



31121CR1395

Code Patient: 4AF1314 du : 21/11/2023

Mme LAHBABI LILIANE

Médecin: Dr. LAHLOU ANIS

**PRELEVEMENT FAIT AU
CENTRE**

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE (ABX Pentra XL 80)			
Globules rouges.....	3.53	M/mm3	Femme (4.0 - 5.0)
Hémoglobine.....	10.6	g/100ml	(12 - 16.5)
Hématocrite	31.8	%	(36 - 44)
V.G.M	90.	μ3	(80 - 95)
T.C.M.H.....	30.1	pg	(27 - 32)
C.C.M.H.....	33.3	%	(32 - 36)
Globules blancs.....	9400	/mm3	(4 000 - 10 000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles:	77	% Soit: 7238. /mm3	(1800- 7000)
Polynucléaires Eosinophiles:	4	% Soit: 376. /mm3	(0-500)
Polynucléaires Basophiles...	1	% Soit: 94. /mm3	(0- 100)
Lymphocytes.....	14	% Soit: 1316. /mm3	(1500 - 4000)
Monocytes.....	4	% Soit: 376. /mm3	(100 -1000)
TOTAL.....	100.	%	
PLAQUETTES.....	230000	/mm3	(150000 - 450000)

Dr. BENAMOUR ILHAM
MÉDECIN BIOLOGISTE
44 Rue Abou Abdellah Nafii
Maârif Casablanca
Tél: 0522 98 92 15 - 0522 99 15 30
0662 15 09 33

Dr. BENAMOUR .



Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie
Maladies des Reins et Hémodialyse
Ancien Interne et Chef de Clinique
des Hôpitaux de Paris
Médaille d'or de la Faculté Cochin
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris

Casablanca, le 21.11.2023.

Mme LAHBABI LILIANE.

- NFS, plaquettes-

- CRP.

- TP, INR.

LABORATOIRE
ENAMOUR GUESSOUS
Dr. Abou Abdellah Nefi - Maârif
Tél: 0522 98 07 15 / 0522 99 15 30
Fax: 0522 98 07 15 - Casablanca

Docteur Anis LAHLOU
NEPHROLOGUE
Angle B.d. Ghandi
et 2 Rue Kadmiri Casablanca
Tél: 0522 25 61 48 - MP: 091089383

SERETIDE
propionate de fluticasone/
salmétérol

250

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
118001141876
ID: 183259
6

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmétérol

UTILISATEUR

rammes/dose,
grammes/dose,
grammes/dose,
en flacon pressurisé avec valve doseuse
tétréol

te notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations

arriez avoir besoin de la relire.
ns, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
rsonnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être
eur maladie sont identiques aux vôtres.
que effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique
qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que Seretide et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Seretide ?
3. Comment utiliser Seretide ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Seretide ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que Seretide et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : Adrénérgiques en association avec des corticoïdes ou d'autres médicaments à l'exclusion des anticholinergiques - code ATC : R03AK06.

Seretide est un médicament contenant deux principes actifs, le salmétérol et le propionate de fluticasone :

- Le salmétérol est un bronchodilatateur de longue durée d'action. Les bronchodilatateurs aident à garder les bronches ouvertes. Cela permet de faciliter l'entrée et la sortie de l'air dans les poumons. L'effet dure au moins 12 heures.
- Le propionate de fluticasone est un corticoïde qui diminue l'inflammation et l'irritation dans les poumons.

Votre médecin vous a prescrit ce médicament pour aider à prévenir certains troubles respiratoires tels que l'asthme.

Vous devez utiliser Seretide tous les jours comme indiqué par votre médecin. Cela permettra de contrôler correctement votre asthme.

Seretide permet d'éviter la survenue d'essoufflement et du sifflement. Cependant, Seretide ne doit pas être utilisé lorsque vous avez une crise soudaine d'essoufflement ou de sifflement. Dans ces cas, vous devez utiliser votre

FerMed® 100 mg/5 ml

فيرميد®

Solution pour injection /
Solution à diluer pour perfusion.

Complexe fer saccharose

A utiliser par voie intraveineuse.
Lire la notice avant utilisation.

Solution pour injection ou
solution à diluer pour perfusion.

5 ampoules de 5 ml.

2. Ce que vous devez savoir avant d'utiliser FerMed®

Vous ne devez pas prendre FerMed®:

- Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres ingrédients dans ce médicament (voir la section 6),
- Si vous avez eu un antécédent de réaction allergique sévère (hypersensibilité) avec d'autres préparations injectables de fer,
- Si vous souffrez d'anémie non liée à une carence en fer,
- Si vous avez trop de fer dans votre organisme ou vous avez des problèmes d'utilisation de fer.

On ne doit pas vous donner FerMed® si l'un des cas cités ci-dessus est applicable pour vous.

Si vous n'êtes pas sûrs, parlez-en à votre médecin avant que l'on vous donne FerMed®.

Précautions et avertissements

Parlez à votre médecin ou infirmière avant de recevoir FerMed® si:

- Vous avez un antécédent d'allergie médicale.
- Vous avez le lupus systémique érythémateux (LES).
- Vous avez l'arthrite rhumatoïde.

محلول للحقن /
محلول للتخفيف من أجل التسريب

FerMed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml



P.P.V: 244,00DH



4 250142 198875



Il semble peu probable que FerMed® représente un risque pour l'enfant allaité.

Consultez votre médecin ou pharmacien avant de prendre tout médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Après l'administration de FerMed® vous pouvez éprouver des symptômes comme le vertige, la confusion ou le déséquilibre. Dans ce cas, vous ne devez pas conduire des machines. Demandez à votre médecin si vous n'avez pas tout à fait sûr.

1° Contient du sodium

Contient moins de 1mmol de sodium (23 mg) par ml - à dire essentiellement « sans sodium ».

Comment prendre FerMed®?

Vous serez toujours donné par votre médecin. Votre médecin est responsable de calculer la dose appropriée, comment il vous sera donné et combien de fois par jour de traitement. Pour déterminer la dose qui vous convient et contrôler l'efficacité du traitement, votre médecin fera une analyse de sang.

Le médecin ou infirmière vous feront administrer FerMed® de la manière suivante:

Pour la perfusion de goutte dans une veine: 1 à 3 fois par semaine.

Pour l'injection lente dans une veine: 1 à 3 fois par semaine.

Pendant la dialyse: le médicament sera administré dans la veine artérielle du rein artificiel.

FerMed® devrait vous être administré dans une structure où, en cas d'événements immunoallergiques vous pouvez recevoir un traitement approprié et rapide.

Vous serez observé pendant au moins 30 minutes par votre médecin ou infirmière après chaque administration.

FerMed® est un liquide brun. Donc, la solution pour injection ou pour perfusion est aussi brune.

Si on vous donne plus de FerMed® que vous n'auriez dû recevoir ou en cas d'oubli d'une dose

Des effets secondaires possibles peuvent arriver plus fréquemment ou peuvent être plus intenses si la dose recommandée est dépassée.

L'administration de grandes quantités de fer pour une longue période peut aboutir à l'accumulation de fer dans votre organisme menant ainsi à une surcharge ferrique.

Si vous oubliez une dose, on ne vous donnera pas de dose double lors de la prise suivante.

Stilnox 10mg

احترم التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
(الائحة A جدول) - يصر فقط بموجب وصفة طبية -

0

STILNOX 10MG
CP PE SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 23E001

PER : 04 2027

Titulaire d'AMM au Maroc :

anofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
in Sebââ, Casablanca.

ahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Boulevard Alkimia N°6,

Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

1 seringue pré-remplie= 3000 UI d'époétine bêta

Excipients: urée, chlorure de sodium, polysorbate 20, dihydrogénate de sodium dihydraté, hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté, chlorure de calcium, glycine, L-leucine, L-isoleucine, L-thréonine, acide-L-glutamique, L-phénylalanine, eau pour préparations injectables

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivraie 05, Casablanca Marina
RECORMON 3 000 UI/0.3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 585,00 DH
7 
6 118001 050369

Pour injection sc ou iv

Médicament : tenir hors portée des enfants

Posologie et mode d'emploi : voir notice d'emballage

A conserver entre +2°C et +8°C.

للحقن تحت الجلد أو عبر الوريد
دواء: يحفظ بعيدا عن متناول أيدي الأطفال
الجرعات وطريقة الاستعمال : راجع النشرة المرفقة بالعبوة
تحفظ بين 2-8 درجات مئوية.

Ne pas dépasser la dose prescrite

Recormon®
Epoetin beta

3000 IU / 0.3 ml

6 pre-filled syringes of
0.3 ml solution for injection
6 needles 27G1/2

