

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 :

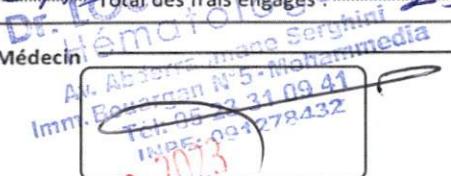
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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

N° W21-829579

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DANOUNE RACHID			
Date de naissance : 30/03/1962			
Adresse : 7 Rue Ain El Atti Apt 6 CASABLANCA			
Tél. : 0661720172 Total des frais engagés : 1514,60 Dhs			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 27 Novembre 2013			
Nom et prénom du malade : DANOUNE Sophie Age : 51			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Acneuse lempirive			
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 : MARRAKECH

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 29/02/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/11/2023	CLS	200.00	INP : 1234567890	23/11/2023
01/12/2023	Consult	6	360.00	01/12/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE JARDIN DES ORCHIDEES Dr. Jihane TARIK AV. MED VI, RÉSID LES ORCHIDEES TEL: 05 22 20 40 2	1/12/23	26 25 INP: 092004740 MHT, 60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE LES ORCHIDEES DR. QASSEM BILOUSSIETTE Les Orchidees 4 Mohamed V 231 66 66 - 0521033333 - 0933530000	28/11/23	B. 950	12000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

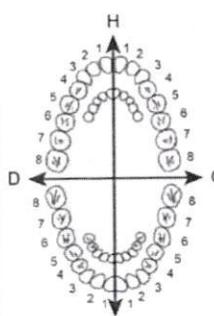
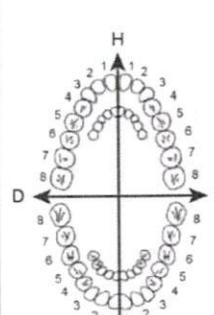
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaires, 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"/>															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
00000000		00000000																	
B																			
35533411		11433553																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																			

Dr. Sarah LOUBNAN
Hématologue



الدكتورة سارة لبنان
أخصائية في أمراض الدم

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Montpellier
- Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat
- Ancienne interne au CHU de Montpellier

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
ومونبليه - فرنسا

- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى مونبلييه

Mohammedia, le 21/11/2023 المحمدية.

Enfant DANOUNE Sophie

26.20

① Aclol 5 mg **1's**
scp 1j pendant 1 moj



Av. Abderrahmane Serghini, Imm BOUARGAN, 2ème étage, Appt 5, Mohammédia (à côté de la gare ONCF)
شارع عبد الرحمن السرغيني عمارة بواركان الطابق الثاني رقم 5 المحمدية (قرب محطة القطار)

05 23 31 09 41

06 00 18 87 12

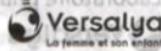
dr.loubnansarah@gmail.com

تاريخ انتهاء الصلاحية إلى آخر يوم في التسلق.

يجب لا يتم طرح الأدوية غير المستعملة مع القمامات المنزلية، اطلب من الصيدلاني أن يبين لك كيف تخزين هذه الأدوية غير المستعملة. من شأن هذه التدابير أن تحافظ على البيئة.

6. معلومات إضافية : مكونات أكفول ملن، أقراص : العنصر الفعال هو حامض الفوليك. ENTALIERS : كل قرص يحتوي على 5 ملء من حامض الفوليك، المكونات الأخرى هي لاكتوز، نشا الذرة، استearates المغنتيوم، بوفيدون، تالك و سيليس غرواني النشا بروجليتيريني، نشا الذرة و سبيروات المغنتيزيوم. مظهر المستحضر ومحظى التعبئة : une pastille contenant 5 mg de l'acide folique et 5 mg de silice colloïdale sucrée.

أقراص أكفول تؤخذ عن طريق الفم، توجد في علبة تحتوي على 28 قرص. المصطلح المختر الصيدلي إبيرا : المنطقة الصناعية، تجزئة 149 حد السوالم، إقليم برشيد، المغرب، 90100 Versalya.

 صاحب رخصة التسويق

المختر الصيدلي فيرساليا

المنطقة الصناعية، تجزئة 149 حد السوالم، إقليم برشيد، المغرب، 90100 Versalya.

المنطقة الصناعية، تجزئة 149 حد السوالم، إقليم برشيد، المغرب، 90100 Versalya.

المنطقة الصناعية، تجزئة 149 حد السوالم، إقليم برشيد، المغرب، 90100 Versalya.

المنطقة الصناعية، تجزئة 149 حد السوالم، إقليم برشيد، المغرب، 90100 Versalya.

تاريخ مراجعة النشرة : مارس 2022

نقص الفولات قد يقلل من الاستجابة للعلاج بحمض الفوليك.

يمكن زيادة متطلبات حمض الفوليك إذا كنت تتناول أيًا من هذه الأدوية. التدخل في اختبارات المختبر :

وصف جرارات عالية من حمض الفوليك قد يقلل من تركيز فيتامين B 12 في الدم: تناول أكفول مع الطعام والمشروبات : يمكن تناول أكفول مع الطعام أو بدونه.

الحمل، الرضاعة و الشخصية : يمكن أخذ حمض الفوليك بدون خطر أثناء فترة الحمل والرضاعة، استشيري طبيبك أو الصيدلاني قبل أخذ أي دواء.

القيادة واستعمال الألات : لم يلاحظ أي تأثير على قدرة السياقة واستعمال الألات. يحتوي أكفول على لاكتوز، إذا طبيبك شخص لك عدم تحمل السكريات،

هذا الدواء يحتوي على لاكتوز، إذا طبيبك شخص لك عدم تحمل السكريات، يرجى أن تستشير طبيبك قبل أن تأخذ هذا الدواء.

3. كمية تناول أكفول 5 ملء، أقراص : اتبع بالضبط تعليمات أخذ أكفول الموصوفة من قبل طبيبك، استشر طبيبك أو الصيدلاني إذا كان لديك شك.

يؤخذ أكفول عن طريق الفم، ويفضل قبل الوجبات. الجرعة المعتادة هي :

• علاج حالات العوز : من 1 إلى 3 أقراص في اليوم (15-5 ملء من حمض الفوليك) في 1-2 جرارات.

• علاج فقر الدم الضخم الأرومات (نقص في الفولات) ينصح بأخذ جرعة من 5 ملء/اليوم لمدة 4 أشهر، قد تصل الجرعة إلى 15 ملء في حالة متلازمة سوء الامتصاص (malabsorption).

Spina bifida, anencephalie, encéphalocéle) et d'autres anomalies

Liens de soutien à l'usage d'acide folique ou d'autre nutrимарина: www.versalya.com

ACFOL® 5mg

Acide folique / Comprimés

Boîte de 28 comprimés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une autre personne. Les médicaments sont des produits sensibles à l'identité.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, contactez votre médecin ou votre pharmacien.

SOMMAIRE :

1. Qu'est-ce que ACFOL 5 mg et dans quels cas est-il utilisé.
2. Avant de prendre ACFOL 5 mg, comprimés.
3. Comment prendre ACFOL 5 mg, comprimés.
4. Les effets indésirables éventuels.
5. Conservation ACFOL 5 mg, comprimés.
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE ACFOL 5 mg, COMPRIMÉS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ :

Classe pharmaco-thérapeutique : Préparation antianémique

Code ATC : B03BB01

ACFOL 5 mg comprimés appartient à un groupe de médicaments appelés préparations antianémiques et il est indiqué pour :

- La prévention et le traitement de la carence en acide folique chez les femmes enceintes pour prévenir les malformations du tube neural.

Si vous avez pris plus d'ACFOL 5 mg, n'auriez dû :

En cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, consulter le centre antipoison par téléphone 0801000180.

Cependant, ACFOL, à une posologie recommandée, n'a pas d'effets indésirables chroniques ou accidentels.

Si vous oubliez de prendre ACFOL 5 mg, comprimés :

Si vous oubliez une prise, ne pas prendre deux comprimés pour compenser les doses oubliées.

Si vous arrêtez le traitement avec ACFOL 5 mg comprimés :

Votre médecin vous indiquera la durée du traitement. Ne l'arrêtez pas avant même si vous vous sentez mieux, vous risquez de ne pas obtenir l'efficacité attendue.

En cas de doute quant à l'usage de ce médicament, veuillez contacter votre pharmacien.



26/12

Prélèvement du : 28/11/2023 à 10:45

Résultats édités le: 30/11/2023



Prescripteur: Docteur LOUBNAN SARAH

ENF DANOUNE SOPHIA

Dossier N° 23K77

Page: 2/2

AUTO-IMMUNITE

ANTICORPS IgA ANTI TRANSGLUTAMINASE:

(Technique Dot)

Index : 0

Résultat : Négatif

Interprétation

Index < 10 : Négatif

Index 10 à 15 : Equivoque

Index > 15 : Positif

ANTICORPS ANTI-ENDOMYSIUM (IgA) : <10 < à 10,00

(Technique IF)

Recherche : Négative

Observation: Un déficit en IgA totales pourrait interférer avec le résultat des sérologie IgA. Donc devant une forte probabilité de maladie cœliaque, un dosage des IgA totales doit être réalisé.

Demande validée biologiquement par: DR Ouafae KECHABA

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOSISTE
RÉSIDENCE ORCHIDEES 4 - MOHAMMEDIA
Tél : 0523.31.66.66 / 05.21.03.03.60
I.C.E : 003093353000058

Total de pages: 2

Prélèvement du : 28/11/2023 à 10:45

Résultats édités le: 30/11/2023



Prescripteur: Docteur LOUBNAN SARAH

ENF DANOUNE SOPHIA

Dossier N° 23K77

Page: 1/2

HORMONOLOGIE
(Vidas-Biomérieux / Cobas E411-Roche)

25OH - VIT D Total (D2+D3) : 29,9 ng/ml 30 à 100 ng/ml

(Technique ELFA)

Interprétation:

- 30 - 100 ng/ml : Valeur souhaitable
20 - 30 ng/ml : Statut vitaminique insuffisant
< à 20 ng/ml : Etat carentiel
Sup à 150 ng/ml : Effet toxique potentiel

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENCE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
Tél : 0523.31.66.66 / 05.21.03.03.60
I.C.E : 003093353000058

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058

FACTURE N° 0830/23

EDITEE le **30/11/2023**
Nom et prénom **ENF DANOUNE SOPHIA**
Date de prélèvement **28/11/2023**
Référence **23K77**
Médecin prescripteur **Docteur LOUBNAN SARAH**

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
ANTICORPS IgA ANTI TRANSGLUTAMINASE	250
ANTICORPS ANTI-ENDOMYSIUM IgA	250
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
 Total du (B)	B 950
Prise de sang (PC)	10,00 DH
Montant en DH	1 200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **MILLE DEUX CENT DIRHAMS**

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. OUAÏD RECHDA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidees 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058



-Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Rabat et de Montpellier
-Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat
-Ancienne interne au CHU de Montpellier

-خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
ومونبليه - فرنسا
-طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط
-طبيبة داخلية سابقة بمستشفى مونبليه

Mohammedia, le 27/11/2013 المحمدية

Enfant PANOUNE Sophie

Fait le 8/11/

- ① Ac anti-tissue plasminogenase IgA
② Ac anti-endomysium IgA
③ vitamine D

LABORATOIRE DES ORCHIDEES
Dr. Sarah LOUBNAN
0523 51 66 66 - 0523 51 66 66
Res. Les Orchidees 4 Mohammedia
Tel: 0523 51 66 66 - 0523 51 66 66
ICE: 00305555000058

Dr. S. LOUBNAN Sarah
Hématologue
Av. Abderrahmane Serghini
Av. Al Bourgane N°5 - Mohammedia
Tel: 0523 31 09 41
Fax: 0523 31 09 41

Av. Abderrahmane Serghini, Imm BOUARGAN, 2ème étage, Appt 5, Mohammedia (à côté de la gare ONCF)
شارع عبد الرحمن السرغيني عمارة بواركان الطابق الثاني رقم 5 المحمدية (قرب محطة القطار)

05 23 31 09 41

06 00 18 87 12

dr.loubnansarah@gmail.com



- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Montpellier
- Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat
- Ancienne interne au CHU de Montpellier

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط ومونبلييه - فرنسا

- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالريلات
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى مونبلييه

Mohammedia, le 01/12/2023 المحمدية

Enfant Danoune Sophia

① 25/11/09 Fumafes SV INPE:092084540

89.500cp x 21j ptt 1 mois
② D3 NORM 200 UT **SV** 15 gouttes/j
ptt 3 mois

INPE - 09208450
tel 06 23 95 31 27
INM, 2 Rua MARSOURIA
RESSES PEREIRA DE BEN TRIA
ESTADO DE SANTA CATARINA
INPE - 09208450

→ NAF, 6°

Dr. LOUFRANI SIDI
Hématologue
Abderazak 5 - Mohammedia
33 31 09 41
3778432

PPV :
EXP :
Lot N° :



Lot: 230620
A consommer
avant le: 08/2026
PPC: 89,50 DH