

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W21-620166

**60817**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8283

Société :

R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAABARTA ABDELOUAHAD

Date de naissance :

06-01-1963

Adresse :

Lot Maoutah N° 1462 LMITAHID - MARRAKECH

Tél. :

0678844056

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hiham OUELD BAALAL  
Anesthésiste - Réanimateur  
Clinique L'Aéroport - Marrakech

Date de consultation :

LAABARTA - AYOU B

Nom et prénom du malade :

Age : 20 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Traumatisme du dos

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) :

(Signature)

Le 22.03.2021



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/03/2021	us	200/100 DH	INP : 0700 611 97

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL IMANE</b> Lot. Maatalia, 1592 Mhamid Marrakech - Tél: 05 24 37 26 01 ICE : 001825280000036 - 78475 RP : 64659551 - IF : 20719747	18.03.2021 141,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
18/03/2021	TDPR DL	1500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Star Sam	18/03/21					500,00

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	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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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>D</td> <td>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

le 18.3.2024

CAABRIA Agour

٢٢.٥٥

Codolipraxe ٩٩

(SV)

١٩٩ x ٨١

٧٠.٥٥

Profid ١٠٠ ٩٩

(SV)

١٩٩ x ٢١

٤٨.٤٥

Gmission ٥١٥ ٩٩

(SV)

١٩٩ x ٣١

٥٨١.٥٥

**PHARMACIE AL IMANE**  
 Lot. Maatalla, 1597 Mhamid  
 Marrakech - Tel : 05 24 37 26 01  
 ICE : 001825280000036 - 78475  
 TP : 64659551 - IF : 20719747

**Dr. Hiham OUEL D BAALAL**  
 Anesthésiste - Réanimateur  
 Clinique L'Aéroport - Marrakech



PROFENID 100 MG

30, GP PEL

P.P.V : 70DH90



# 100 mg

SANOFI

## QU'EST-CE QUE PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS.  
(M : Muscle et Squelette).

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprophène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères ;
- en traitement de courte durée de :
- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaule douloureuse aiguë),
- certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

## Ne prenez jamais PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédent d'allergie au kétoprophène ou à l'un des constituants du produit,
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS, ulcère ou saignement de l'estomac ou de l'intestin en évolution ou récidivant,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours, maladie grave du foie, maladie grave du rein, maladie grave du cœur.

## Faites attention avec PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé : Mises en garde

Ce médicament NE DOIT ÊTRE PRIS CHEZ SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE.

Les médicaments tels que PROFENID pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral. Le risque est d'autant plus important que les doses utilisées sont élevées et la durée de traitement prolongée.

Ne pas dépasser les doses prescrites ni la durée de traitement.

Si vous avez des problèmes cardiaques, si vous avez eu un accident vasculaire cérébral ou si vous pensez avoir des facteurs de risques pour ce type de pathologie (par exemple en cas de pression artérielle élevée, de diabète, de taux de cholestérol élevé ou si vous fumez), parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Précautions d'emploi

Comme il pourrait être nécessaire d'adapter votre traitement, il est important d'informer votre médecin avant de prendre PROFENID dans les cas suivants :

- antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de ce médicament peut entraîner une gêne respiratoire ou une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf. « Ne prenez jamais PROFENID

100 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants ») ; maladie du cœur (hypertension et/ou insuffisance cardiaque), du foie ou du rein, ainsi qu'en cas de rétention d'eau ; troubles de la coagulation, prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves ;

- maladie inflammatoire chronique de l'intestin (telle que maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique) ; antécédents digestifs (ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien) ; traitement concomitant avec d'autres médicaments qui augmentent le risque d'ulcère gastro-duodénal ou hémorragie, par exemple des glucocorticoïdes, des antidépresseurs (ceux de type ISRS, c'est-à-dire Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), des médicaments prévenant la formation de caillots sanguins tels que l'aspirine ou les anticoagulants tels que la warfarine. Si vous êtes dans un de ces cas, consultez votre médecin avant de prendre PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé (cf. « Prise ou utilisation d'autres médicaments ») ; antécédents de réaction cutanée lors d'une exposition au soleil ou aux UV (cabine de bronzage). L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

AU COURS DU TRAITEMENT, en cas :

- de signes d'infection ou d'aggravation des symptômes, PREVENIR VOTRE MÉDECIN. Comme tout anti-inflammatoire non stéroïdien, le kétoprophène peut masquer les symptômes d'une infection sous-jacente (comme la fièvre) ;
- de signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme, urticaire, brusque gonflement du visage et du cou, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MÉDECIN OU UN SERVICE MÉDICAL D'URGENCE ;
- d'hémorragie gastro-intestinale (rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration des selles en noir), ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MÉDECIN OU UN SERVICE MÉDICAL D'URGENCE.

Si vous êtes une femme, PROFENID peut altérer votre fertilité. Vous ne devez donc pas prendre ce médicament si vous souhaitez concevoir un enfant, si vous présentez des difficultés pour procréer ou si des examens sur votre fonction de reproduction sont en cours.

Les sujets âgés présentent un risque plus élevé d'effets indésirables, en particulier pour les hémorragies gastro-intestinales, ulcères et perforations. Les fonctions rénales, hépatiques et cardiaques doivent être étroitement surveillées. La posologie doit être réduite.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprophène. Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

## Prise ou utilisation d'autres médicaments

Veillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment d'autres médicaments, y compris des médicaments obtenus sans ordonnance, car il y a certains médicaments qui ne doivent pas être pris ensemble et d'autres qui peuvent nécessiter une modification de la dose lorsqu'ils sont pris ensemble.

Vous devez toujours prévenir votre médecin ou votre pharmacien si vous utilisez ou recevez l'un des médicaments suivants avant de

# Codo

PARACETAMOL ET CODEINE

## Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeine 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

PPV: 22DH20

PER: 10/22

LOT: J2907

**DANS QUELS CAS NE PAS UTI**

- Ce médicament NE DOIT PAS ETRE
- allergie connue au paracétamol ou
  - maladie grave du foie,
  - chez l'asthmatique,
  - en cas d'insuffisance respiratoire,
  - allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERA  
médecin avec des médicaments conten  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISI  
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**MISES EN GARDE SPECIALES**

En cas de maladie chronique (au le  
d'expectoration, en cas de maladie du  
avis médical est indispensable. Ne pas  
de dépendance.

**PRECAUTION D'EMPLOI**

La prise de boissons alcoolisées durant  
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITE  
VOTRE PHARMACIEN.

**INTERACTIONS MEDICAMENTE**

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES I  
Notamment avec la buprénorphine, li  
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE  
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol  
Ne les associez pas afin de ne pas dépass



Soulever ici.  
Ne pas enlever.

e 150ml



6 118000 1151462 >

خالى من السكر

نكهة الليمون

3079955

**SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT**  
AROME AMIS  
• Brûlures d'estomac & indigestion  
• Douleur d'origine musculaire  
• Formule extra puissante  
• Durée d'action longue

**ADVANCE**

**GAVISCON**

غافيسكون ادفانس

DISPONIBLE EN PHARMACIE  
UNIQUEMENT

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NMP  
PPV: 48 DH 40

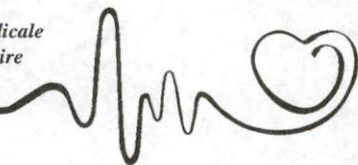
بحركة جيذا قبل الشرب.  
لا تتركه في متناول الأطفال.  
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.  
لا يجب الحفاظ على الفلورا لمدة تزيد عن 6 أشهر.

BN 024181  
DOM 08/2020  
EXP 08/2022



— STAR SAMU —

Ambulance Médicalisée - Urgence Paramédicale  
Couverture médicale - Evacuation Sanitaire  
Consultation à Domicile



N° 000231

Marrakech, le : 18.03.2021

Nous soussignés : Star Samu Assistance

Client : LAABARTA AYOUB

Nom : LAABARTA

Prénom : AYOUB

Prestation : Transport par ambulance  
medicalisée avec Infirmier.

Montant H.T. : 500,- Dh TTC

Cinq cents dirham

Star Samu  
Assistance & Ambulances  
Société à responsabilité limitée 48  
Avenue Mohammed VI - Marrakech  
Tél : 06 66 56 27 50 - 06 33 01 01 63



# FACTURE

18/03/2021

FACTURE N° :21031916854

- **NOM DU PATIENT : LAABARTA AYOUB**
- **EXAMEN(S) REALISE(S) :**

TDM DORSO-LOMBAIRE

1500 DH

-----

1500 DH

- **MONTANT TOTAL :1500 DH**

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS



394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 / 06 62 18 37 97 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01 - Standard : 05 24 36 86 00

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Prise en charge : 05 24 36 86 08 - Maternité : 05 24 36 86 14

Fax : 05 24 37 33 06 - [contact@cliniqueaeroport.com](mailto:contact@cliniqueaeroport.com) - [www.cliniqueaeroport.com](http://www.cliniqueaeroport.com)

S.A.R.L A.U. au capital de 50.000.000,00 dhs

ICE : 001648916000037 - RC : 70477 - TP : 64623148 - IF : 15199804 - CNSS : 4150158

Marrakech, le 18/03/2021

Nom et Prénom : **LAABARTA AYOUB**

### **TDM DORSO LOMBAIRE**

#### **Technique :**

Acquisition hélicale avec reconstructions dans le plan discal et sagittal sans injection de produit de contraste.

#### **Résultat :**

Canal lombaire de dimensions normales.

Absence d'anomalie osseuse post traumatique.

Absence de bombement ou d'hernie discale.

Absence d'anomalie des parties molles.

Absence d'autres anomalies par ailleurs.

#### **Au total :**

**TDM dorso lombaire ne révélant pas d'anomalie post traumatique.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Pr OUALI

OUALI IDRISSJ MARIEM  
PROF. EN RADIOLOGIE



le 18.3.2021

Ayoub LAABARTI

\* Transfère dos (chute poids lourd)

DM 12/13

*(Signature)*

**Dr. Hiham OUELD BAALLAL**  
 Anesthésiste - Réanimateur  
 Clinique L'Aéroport - Marrakech

**OUALI IDRISJ MARIEM**  
 PROF. EN RADIOLOGIE

*(Signature)*

39 AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com



مصلحة المطار  
CLINIQUE L'AÉROPORT

REÇU<sup>(1)</sup>

56053

M / M<sup>me</sup>

Laa banta Ayoub

a payé

La somme de

300

en règlement des frais de son hospitalisation

du

18/31/2024

au

Signature et cachet

<sup>(1)</sup> Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.