

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.

Pathologie 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.

Adresses Mails utiles

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

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° P19- 063258

ND = 30681

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 282 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Haddad Abdelaziz
Date de naissance : 1934
Adresse : Rue N° 52 Hay Mazab Hay Hamani
Tél. : 06 63 66 07 30 Total des frais engagés : 847.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25 JUN 2020
Nom et prénom du malade : Haddad Abdelaziz Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 :

Le : 25 / 06 / 2020

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

دكتور سعيد الخروار
طبيب محلكم خبير لدى المحاكم
60، طريق بولاي الزهراء
(قرب مستشفى الحبيب الحسني)
مارولا - الحي النسيجي الدار البيضاء
الهاتف: 022 90 70 88، الفاكس: 022 90 97 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/6/2020	347.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/06/20	B300	427.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

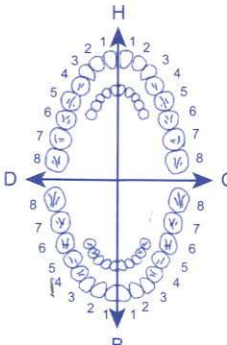
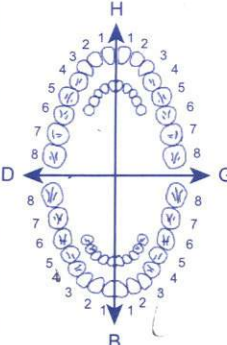
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

25 JUN 2020

الدار البيضاء، في :

1. 6860 / fepaut cp

25 x 31

567
aun

2. 4040 / fepaut cp

25 x 31

aym

3. 3000 / fepaut cp

25 x 31

aym

4. 20800 / fepaut cp

25 x 31

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
الهاتف : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles

Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طیب محلف
خیر لدی المحاکم

7th HADONS CRediting

P. S. A

LABORATOIRE HAY HASSANI
Dr. Samira RENBRAHIM
Imm. B28 N° 141, 5th. Sina - May Hassani
Tél : 0522 89 69 87 - 0522 93 32 28
Fax : 0522 89 69 82

LAB Dr. S. B28
Imm. B28
01-052

الدكتور سعيد الخولعي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
النيابية
60، طريق ملاي الحسنيني
(قرب مستشفى الحسنيني)
مارولا - الحادي الحسنيني
العاتف: 027 90 70 88
الدار البيضاء
00 97 56

→ 208,00

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com

نو- دول[®] فين 400 ملغ

إيبوبروفين

أقراص مغلفة

SANOFI



يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.

• احفظ هذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

• إذا كان لديك سؤالاً آخر، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

• لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

• إذا لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيها لم تذكر في هذه النشرة، أو في حالة تفاقم بعض التأثيرات غير المرغوب فيها، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

في هذه النشرة :

1. ما هو نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها ؟
2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة ؟
3. كيف يجب استعمال نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة ؟
4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة ؟
5. كيف يجب حفظ نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة ؟
6. معلومات إضافية.

1. ما هو نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها ؟

الصف الصيدلي العلاجي

يحتوي هذا الدواء على مضاد التهاب لاستيرويدي : إيبوبروفين

التعليمات العلاجية

يوصف لدى البالغين (من فوق 15 سنة) :

علاج طويل الأمد :

• بعض أنواع التهاب المفاصل المزمنة (روماتزم)،

• بعض أنواع داء المفاصل الحادة.

علاج قصير الأمد :

• بعض التهابات في محيط المفاصل (التهاب الأوتار، التهاب كيسي، كلف مؤلم حاد)،

• آلام حادة لالتهاب المفاصل،

• بعض التهابات المفاصل مع ترسب البورات مثل النقرس،

• آلام قلبية حادة،

• آلام حادة مرتبطة بتوتر عصب مثل العصب الوركي (عرق النسا)،

• آلام وذمات مرتبطة بصدمة،

• حمى وآلام مثل آلام الرأس وحالات زكامية وآلام الأسنان وتصلب العضلات وعادة شورية مؤلمة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة ؟

موانع الاستعمال

لا تستعمل أبداً نو- دول فين 400 ملغ، أقراص مغلفة في الحالات التالية :

• بعد 5 أشهر كمتكاملة من العمل (24 أسبوعاً) من انقطاع الطمث،

• سابق الحساسية أو الربو سببها تناول هذا الدواء أو دواء مشابه، وخاصة مضادات الالتهابات

الاستيرويدية الأخرى، الأستيرين،

• سابق الحساسية لأحد مكونات هذا المنتج،

• حرقه المعددة أو لمحي الانعاشري في تطور.

في سيايات

قبل استعمال هذا :

• سابق الربو مقرر بالتهاب

استعمال هذا الدواء إلى أزمة الربو،

• مضاد التهاب الاستيرويدي (انظر لا تتناول

• علاج مؤازر مضاد لتخثر الدم، قد يؤدي هذا الدواء إلى أعراض معدية معوية خطيرة.

• سابق خضمية (فتق حجابي، زريف خضمي، حرقه قدومية في المعددة أو لمحي الانعاشري)،

• مرض القلب، الكبد أو الكلي

• غلاكتوزيميا، متلازمة عدم امتصاص غلوكوز وغلاكتوز أو نقص في لاكتاز (أمراض نادرة)،

بسبب وجود لاكتوز.

خلال العلاج، في حالة :

• اضطرابات بصرية، أخير الطبيب،

• زريف معدي معوي (تدفق الدم من المم أو طرحه في البراز أو أسوداد البراز)، أوقف العلاج واتصل

فوراً بالطبيب أو مصلحة الاستنجيات الطبية.

• علامات تشير إلى حساسية لهذا الدواء، وخاصة الربو أو انتفاخ مفاجئ في الوجه والعنق (انظر ما

هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة ؟)، توقف عن العلاج واتصل فوراً بالطبيب أو مصلحة

الاستنجيات الطبية.

تفاعلات مع أدوية أخرى

يحتوي هذا الدواء على مضاد التهاب لاستيرويدي : إيبوبروفين. لا تتناول مع هذا الدواء أدوية الدم عن طريق الفم، مضادات التهابات الاستيرويدية الأخرى بما فيها الأستيرين بجرعات كبيرة، نشرة الأدوية الأخرى التي تتناولها حتى تتأكد من غياب مضادات التهابات الاستيرويدية وأأو الأستيرين.

تناول أو استعمال أدوية أخرى

المرجو إخبار الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت دواء آخر مؤخرًا، وخاصة مضادات تخثر الدم عن طريق الفم، مضادات التهابات الاستيرويدية الأخرى بما فيها الأستيرين بجرعات كبيرة، هيبارين، ليتيوم، ميتونريكسات بجرعات كبيرة (أكثر من 15 ملغ في الأسبوع)، حتى إن تعلق الأمر بدواء دون وصفة طبية.

الاستعمال خلال الحمل والرضاعة

الحمل والرضاعة

الحمل

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من العمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث، أي 12 أسبوعاً بعد أول يوم من آخر حيض)، قد يصف الطبيب هذا الدواء إذا اقتضى الحال.

من 3 إلى 5 أشهر كمتكاملة من العمل (12 إلى 24 أسبوعاً من انقطاع الطمث)، لن يستعمل هذا الدواء سوى بوصفة من الطبيب ولعدة قصيرة الأمد. لا ينصح بتاتا باستعمال هذا الدواء لمدة طويلة.

بعد 5 أشهر كمتكاملة من العمل (أكثر من 24 أسبوعاً من انقطاع الطمث)، لا يجب استعمال هذا الدواء بأي حال من الأحوال، لأن آثاره على طفلك قد تكون لها عواقب خطيرة خاصة على المستوى القلبي

الربوي والكلوي، حتى لو تعلق الأمر بجرعة واحدة.

إذا تواترت خلال هذا الدواء خلال حملك في أكثر من خمسة أشهر كاملة، تحدثي إلى الطبيب المختص في طب

النساء والتوليد، حتى يقرر عليك المراقبة المناسبة.

النساء والتوليد، حتى يقرر عليك المراقبة المناسبة.

HEPANAT®

جفيري اربة

هيپانات قرص 40

* A consommer de préférence avant fin
Lot n°

68,60 DH

02/2023
W050L

Via della
Importe e
Be

Composition p

Rhamnus pursh

53,4 mg. Cassi

lutea racine 16

Rheum palmatum racine

Maltodextrine ; agent de charge : Cellulose microcristalline ; antiagglomérants :

sels de magnésium d'acides gras, dioxyde de silicium; agents de revêtement :

Hydroxypropylméthylcellulose, acides gras, cellulose microcristalline.

Propriétés :

Confort digestif et intestinal

Conseils d'utilisation :

2 à 4 comprimés par jour

Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
- Ne pas utiliser pendant la grossesse

Présentations :

- Boite de 20 comprimés
- Boite de 40 comprimés

Tenir hors de la portée des enfants

Conserver le produit dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de l'humidité

Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

Produit Fabriqué par **ESI srl**
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY
www.esi.it

Importé et Distribué par **ESNAPHARM** - 7, Rue Abdelmajid Benjelloun
Maarif extension - Casablanca

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

LABORATOIRE HAY HASSANI

D'analyses Médicales et Biologiques
Immeuble B28, RDC N° 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani - Casablanca

Facture

Facture N°: 2020-002952

Date 25/06/2020

Patient Mr HADDOUD Abdelaziz

Date Prélèvement : 25/06/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
PSA Total	300	402,00
Total B	300	402,00
APB	1,5	25,00
Majoration de garde		
Total		427,00

Note d'honoraire: Quatre cent vingt-sept dirhams***

LABORATOIRE HAY HASSANI
Dr. Samira BENBRAHIM
Imm. B28, RDC N° 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 896907-0
Fax: 0522 896907
3221



Dr. Samira BENBRAHIM
Pharmacien Biologiste
Diplôme Université Paris Descartes
DU Assurance de la qualité en biologie médicale
DU Auditeur qualité en biologie médicale

Casablanca, le : 25/06/2020

Dossier N° : 250620-028



Nom : Mr HADDOUD Abdelaziz

Code Patient : 13-10499 Prélèvement du: 25/06/2020 10:29

Demandé par Dr : GZOULI SAID

Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

MARQUEURS PROSTATIQUES

Valeurs Usuelles

PSA Total : 0,30 ng/ml

Age

< 40 ans : 0.21 - 1.72
40 - 49 ans : 0.27 - 2.19
50 - 59 ans : 0.27 - 3.42
60 - 69 ans : 0.22 - 6.16
> 69 ans : 0.21 - 6.77

Le Biologiste

LABORATOIRE HAY HASSANI
Dr. Samira BENBRAHIM
Imm. B28 N° 1 - Boulevard Ibn Sina - Casablanca
Tél : 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21
Fax : 0522 89 69 88