

## 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 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-581639

49574

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11451

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BOUSS MENEBA TA LAICHA

Date de naissance :

07.09.1974

Adresse :

81 Soullahcen Behechid

Tél. : 076148546

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

diabète

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-581639

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

11451

Nom de l'adhérent(e) :

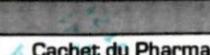
BOUSS MENEBA TA LAICHA

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/10/20			FN° 103086	INP : <input type="text"/>
			503,7258	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/2023	129,23

[illegible][illegible]

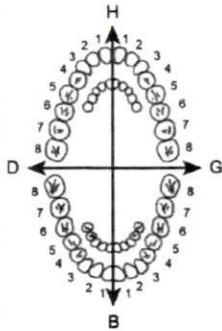
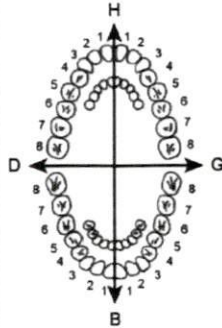
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000264991 / 170819200806SM

Prénom : Laila

Nom : SOUSSI MENEHBI

DDN : 01/09/1974 E: 24/10/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F

32/10  
1)

Diclo



1/3

47/10  
2)

Daz



47/10  
3)

2/3



47/10  
3)

2/3

12/10

PHARMACIE AL HANNA  
Lotissement El Touahria  
Dr. Mokri El Hanina  
Tél: 05 22 53 31 21

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Dr. Rajaa LAFIAL  
Urgences  
05 22 53 31 21

# Omiz<sup>®</sup>

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

## PRESENTATIONS :

- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg :** Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules  
**OMIZ<sup>®</sup> 10 mg :** Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 20mg**  
Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 gélule  
Excipient à effet notoire : saccharose

## COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 10mg**  
Oméprazole ..... 10 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 gélule  
Excipient à effet notoire : saccharose

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau d...

## INDICATIONS :

- Chez l'adulte :
  - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale,
  - Ulcère duodénal évolutif,
  - Ulcère gastrique évolutif,
  - Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
  - Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
  - Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
  - Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
  - Syndrome de Zollinger-Ellison,
  - Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
  - Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
  - En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

### Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.  
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Omiz 20mg  
14 gélules



# DASEN® 10.000 UI

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

#### SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, polystyrène

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

\*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antithrombotique

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

### Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al ouar

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

### DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué chez le patient souffrant d'une affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuation des sécrétions.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

### ATTENTION !

#### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

DASEN® 10 000 UI   
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



## (DICLOFENAC SODIQUE)

Spécialités	Diclo pharma 5* 75 mg injectables	Diclo pharma 5* 50 mg comprimés gastro-résistants	
Composants			
Diclofénac sodique	75 mg	50 mg	100 mg
Excipients	q.s.p. 3 ml	q.s.p. 1 comprimé	q.s.p. 1 s

LOT : 2484  
UT. AV : 07-23  
P.P.V : 32 DH 40

**Diclo Pharma 5<sup>e</sup> 50mg**  
**Boîte de 20 comprimés**



6118000 09028

Maladies rhumatismales à localisation articulaire : arthrite rhumatismale, os-  
 rhumatismales à localisation extra-articulaire : périarthrites, bursites, tendinites, my-

Le produit ne doit pas être administré en cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de graves troubles gastro-entériques, de grossesse, durant l'allaitement, d'insuffisance rénale ou d'altération de l'hémo-poïèse ou en cours de traitement avec les anticoagulants.

Comme d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, le Diclofénac est contre-indiqué chez les sujets qui, après administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments qui inhibent la prostaglandine synthétase, ont présenté des crises asthmatiques, l'urticaire ou rhinite aiguë. De plus, il est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité individuelle vérifiée au Diclofénac. Enfant de moins de 15 ans pour les injectables et les suppositoires et moins de 12 ans pour les comprimés.

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter un médecin.

Rarement, on aura des manifestations allergiques telles que rash cutané, prurit, crises asthmatiques et/ou réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes.

Quelquefois, on a enregistré des troubles du SNC tels que céphalée, excitation, irritabilité, insomnie, asthénie, éblouissements.

En cas particulier dans les traitements prolongés, peuvent se présenter des oedèmes périphériques, une augmentation des transaminases, l'ulcère, des altérations de l'hémo-poïèse (leucopénie, thrombopénie, anémie aplastique), une insuffisance rénale, un syndrome néphrotique, un érythème exsudatif multiforme. Quelquefois, rarement, chez des sujets l'emploi des suppositoires peut déterminer l'apparition de phénomènes collatéraux locaux et transitoires (brûlures, ténisme).

Comprimés gastro-résistants de 50 mg : Thérapie d'attaque : 1 comprimé, 3 fois/jour.  
Thérapie prolongée : 1 comprimé, 2 fois/jour (le matin et le soir) ; dans certains cas on prévoit une réduction de la posologie).

Administrer durant ou après les repas (le petit déjeuner et le dîner)

Suppositoires de 100 mg : 1 suppositoire, 1-2 fois/jour.

La thérapie rectale peut être associée à la thérapie orale : 1 suppositoire, le soir, et 1 comprimé de 50 mg lors du petit déjeuner.

Ampoules injectables de 75 mg : 1 ampoule/jour par voie intramusculaire pendant 2 jours puis passer aux comprimés ou aux suppositoires.

## Boîte de 20 comprimés gastro-résistants de 50 mg.

Boîte de 10 suppositoires de 100 mg.

Boîte de 6 ampoules injectables de 75 mg.

Boîte de 2 ampoules injectables de 75 mg.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

LISTE II



Coller Etiquette De BAF



2000264991 / 170819200806SM

Prénom : Laila

Nom : SOUSSI MENEBHI

DDN : 01/09/1974 E: 24/10/2020

Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe: F

## BILAN RADIOLOGIQUE

Age : .....

Poids : ..... Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

De au ~~pre~~ niveau de la ~~pa~~ ~~gde~~  
insensible + douleur associée

• RADIO STANDARD :

1/3 ~~gde~~ de la ~~pa~~ ~~gde~~



FACE



PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER



Avec injection



Sans injection

Créat : .....

BHCG : ☐ Positive



négative

• IRM



Pacemaker



Dispositif métallique

Signature et cachet du médecin des  
URGENCES

MEDECIN INTERNE



Casablanca , le 24 / 10/2020

PATIENT : SOUSSI MENEHBI Laila

## Rx DE LA JAMBE GAUCHE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BERROUYNE**

Abdelali BERROUYNE  
Médecin Radiologue



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 105 086 / 2020 du 24/10/2020

Nom patient : **SOUSSI MENEHBI LAILA**

Entrée 24/10/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 24/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00	B0180	300,00	300,00
- Radiographie de la jambe sous une incidence	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00		216,00	216,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémpentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	746,00
PHARMACIE	1,00		57,72	57,72
			Sous-Total	57,72
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>803,72</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT TROIS DIRHAMS SOIXANTE-DOUZE CENTIMES

**Total 803,72**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	803,72				803,72	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 03 53 45  
 E-mail: contact@hckm.ma  
 N°INP 090061862

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/11/2020

12:43

Nom Patient :	SOUSSI MENEHBI LAILA	Numéro dossier :	20002691
---------------	----------------------	------------------	----------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	total
24/10/2020	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	952864	1,00	12,73	12,73
24/10/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	952864	1,00	6,54	6,54
24/10/2020	CLOPRAME 10mg Injecta (10)(1)	952864	1,00	1,39	1,39
24/10/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	952864	1,00	3,43	3,43
24/10/2020	SERINGUE 10ML	952864	1,00	0,84	0,84
24/10/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	952864	1,00	1,21	1,21
24/10/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	952864	1,00	0,55	0,55
24/10/2020	INTRANULE G 20	952864	1,00	1,82	1,82
24/10/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	952981	1,00	2,91	2,91
24/10/2020	BANDE DE CREPE 10 CM	952981	1,00	6,30	6,30
24/10/2020	ALCOOL DEZENFEKT 30ML 70° Spray (01)	952981	1,00	20,00	20,00
Total pharmacie					72,72

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tél: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 48 77  
 E-mail: contact@hkm.hk.ma  
 N°INP 050061862

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
24/10/2020	2000264991	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
24/10/2020	2000264991	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
					<b>Total</b>	<b>216,00</b>

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 83 45  
Fax: 05 29 03 84 77  
E-mail: contact@icm.hck.ma  
N°INP: 00061852