

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel : 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

Declaration de maladie

N° W19-482392

Camille

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1898 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 Dec 2019

Nom et prénom du malade : Mince Tizit Age: 64

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

Nature de la maladie : Endocrinologie / Digestive / Oncologique

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° W19-482392

reclamation ulterieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
12/12/19	C	C	120,00 dh	INP 071013839
19 Dec 2019	Contrôle		graduit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/2019	311,30
	21/12/2019	852,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
<p> </p>	19/12/19	B580	515.00

[illegible]

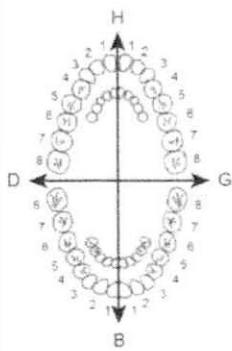
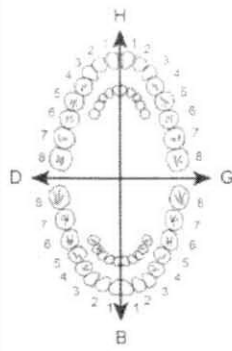
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21413552</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	21413552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21413552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

WILLY BROUILLON - PRACTICANT DENTISTE

1970-2010

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

AN
D'EXECUTIONDATE DE
L'EXECUTION

	H	
25533412		21473552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A circular arrangement of 24 numbered circles (1-24) with a central cross labeled H, D, and B. The circles are arranged in a ring, with numbers 1 through 24. The central cross has labels H at the top, D on the left, and B at the bottom.



Echographie Général
Électrocardiogramme (ecg)
Diagnostic et suivi de Diabète
Diagnostic et Suivi de Grossesse
Régime et Amincissement
La Saignée - Acupuncture
Médecin agréé pour la visite
du permis de conduire

الفحص بالصدى الصوتي
تخطيط القلب
تحاليل و تتبع السكري
تحاليل و تتبع الحمل
الحمية و التخسيس
الحجامة الطبية و الوخز بالإبر
مرخصة لرخصة السياقة

Marrakech Le : 12 Dec 2019 : مراکش في

Mr / Mme : Mina Tizguit

85.00
1) APZOL 20 → 1 sup/j
40.40
2) Metoclopramide Pcp 1 cp x 36/j
69.00
3) Noutagaz. 1 cp
56.90
4) Felodine supp 1 sup/j
60.00
5) Voltaren emulgel 1 app x 28/j
311.30

Prochain RDV :

صيدلية كارام
PHARMACIE KARAM
EL HADDAJI Hicham
1548 Socoma 1 Marrakech
Tél : 05 24 34 88 88
ICE : 000504546900035 - INPE : 072036015

PPV: 190DH

Lot: AA0299001

EXP: 12/2021

LOT: M0324
EXP: MAR 2022
PPV: 60,00 DH

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373

Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293



Echographie Général
Électrocardiogramme (ecg)
Diagnostic et suivi de Diabète
Diagnostic et Suivi de Grossesse
Régime et Amincissement
La Saignée - Acupuncture
Médecin agréée pour la visite
du permis de conduire

الفحص بالصدى الصوتي
تخطيط القلب
خاليل و تتبع السكري
خاليل و تتبع الحمل
الحمية و التخسيس
الحجامة الطبية و الوخز بالإبر
مرخصة لرخصة السياقة

Marrakech Le :

19 Dec 2019

مراكش في

Mr & Mme :

Mina Tizrit

1) glucovance 500/2,5g

1-1-1 pelt 3 Mois

2) D-axe 100.000 UI (cont)
kg 60 az
4 amp espacés de 15g
puis

2 amp espacés d'un mois

3) Dolencia ip

180g pelt 3 Mois

Prochain RDV

العنوان : أسكجور سوكوما رقم 1411 - مراكش

Adresse : N°1411 Lot Askejour Socouma Marrakech

Tel : +212 (0) 525 085 526

Dr EL KHIMARI Hajar
MEDECIN GENERALISTE
N°1411 Lot Askejour Socouma
Marrakech
Tel : 06 31 99 50 20



Echographie Général
Électrocardiogramme (ecg)
Diagnostic et suivi de Diabète
Diagnostic et Suivi de Grossesse
Régime et Amincissement
La Saignée - Acupuncture
Médecin agréée pour la visite
du permis de conduire

الفحص بالصدى الصوتي
تخطيط القلب
تحاليل و تتبع السكري
تحاليل و تتبع الحمل
الحمية و التخسيس
الحجامة الطبية و الوخز بالإبر
مرخصة لرخصة السياقة

Marrakech Le : 12 Dec 2019
Mr / Mme : Mina Tizit

Prise de sang

HBA1c
vit D
calcémie

Dr El KHIMARI Hajar
MEDECIN GENERALISTE
N°1411 Lot Askejour Socouma
Marrakech
Tel : 06 31 99 50 20

LABORATOIRE AZLI
Analyses Médicales
N°1411 Lot Askejour Socouma Marrakech
Tel : 06 31 99 50 20

Prochain RDV :

Notice

1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

CURE® FORTE 100.000 U.I,
solu ampoule, boîtes de 3.

(Stimling D 3).

PPJ 149.60 DH
LOT 119F18/DH
EXP 06/2022

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toutes autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MÉDICAMENT :

Ampoules buvables de 1 ml de solution huileuse :

Principe actif : Cholécalfiférol 100.000 U.I.

Excipients :

Acétate d'alpha-Tocophérol – Essence d'écorce d'orange douce – Oléate de Polyglycérol (E475) – Huile d'olive raffinée pour faire 1 ml (= une ampoule).

ALZOLE® 20 mg

Oméprazole

مقاومة للعصارة المعدية

LOT: 170
PER: NOV 2020
PPV: 85 DH 00

COMPOS

Oméprazole
Excipients

FORMES

Gélules

CLASSE

Anti-sécrétoire

Inhibiteur de l'acide

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une oesophagite.
- 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 oesophagites par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.

NEUTRA Gaz®

ACTIFLUX

PROPRIÉTÉS :
Neutralisant les gaz
Charbon actif

CONSEILS :

- Digestion lente.
- Gaz intestinaux.

MODE D'EMPLOI :

2 gélules après chaque repas ou en cas de besoin, avec un grand verre d'eau.

L2246
P-07/22
69.00 DH

se compose de ses trois composantes:

Dolenio®

C
G

pelliculé

589 mg

Veuillez
avant d

• Garde
la reli

• Si vous

Lot:

PPV: 190DH de cette notice

AA0299011

avoir besoin de

EXP:

12/2021

, si vous avez un

doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que DOLENIO 589 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DOLENIO 589 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre DOLENIO 589 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DOLENIO 589 mg, comprimé pelliculé ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE DOLENIO 589 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

DOLENIO appartient au groupe de médicaments appelés autres agents anti-inflammatoires et anti-rhumatismaux

MCC220MA118PE-01
18.05.2017
120x420-120x37:40gr-C5

Notice

1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

D-CURE® FORTE 100.000 U.I.

solution buvable en ampoule, boîtes de 3.

Substance active : Cholecalciférol (Vitamine D 3).

PPUI 49,60 DH
LST 19F18/B
EXP 09/2022

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toutes autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MÉDICAMENT :

Ampoules buvables de 1 ml de solution huileuse :

Principe actif : Cholecalciférol 100.000 U.I.

Excipients :

Acétate d'alpha-Tocophérol - Essence d'écorce d'orange douce - Oilate de Polyglycérol (E475) - Huile d'olive raffinée pour faire 1 ml (= une ampoule).

Feldène®



(Piroxicam)

Gélule et Suppo

Le FELDENE est le N - (pyridinyl - 2) hydroxy - 4 méthyl - 2 H benzothiazine - 1,2 dioxide - 1,1 carboxamide - 3.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Feldène est utilisé dans le traitement de la douleur et de la raideur et la contracture musculaire, ainsi que dans le traitement de l'arthrose. Votre médecin ne doit pas vous prescrire Feldène si vous souffrez d'insuffisamment de sang.

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie avérée à l'acétylsalicylique.
- Ulcères gastro-duodonaux.
- Grossesse.
- Enfants de moins de 15 ans.

PRECAUTIONS

- En cas d'antécédents digestifs (ulcère, hernie hiatale...).
- en cas de prise concomitante d'un autre médicament (aspirine, anti-coagulant...).
- en cas de grossesse ou d'allaitement.

 **FELDENE®**
20mg PIROXICAM

LOT N° : 1279169

UT.AV. : 08 2024 P.P.V : 56 90

093660457

de (maladie
ondylarthrite
gonflement,
soulagera

symptômes
s (AINS).

et à l'acide

LABORATOIRE AZLI d'ANALYSES MEDICALES

INPE: 077164390

IF: 25227998

ICE: 002074967000084

TP: 67100542

FACTURE: 4697/19

MARRAKECH le

19/12/2019

Nom et prénom

MME TIZRIT MINA

Référence

19C386

Médecin prescripteur

Docteur EL KHIMARI HAJAR

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
CALCIUM SERIQUE (CALCEMIE, CA)	30
Total du (B)	B 580
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	515,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: CINQ CENT QUINZE DIRHAMS

LABORATOIRE AZLI
Analyses Médicales
Askejour Sacoma A Lot 89 Marrakech
Tél/Fax : 05 24 49 32 07



Dr. CHINBO Mehdi
Médecin Biologiste

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Marrakech
- Ancien médecin biologiste attaché des Hôpitaux de Paris
- Diplôme spécialisé en Hématologie Hémostase de l'université Paris-Descartes
- Diplôme universitaire en infertilité du couple, médecine reproductive, spermologie et PMA à Montpellier

الدكتور شنبو المهدي
طبيب إحيائي

- خريج كلية الطب بمراكش
- طبيب إحيائي سابق بمستشفيات باريس
- دبلوم جامعي في علم الدم بكلية باريس
- دبلوم جامعي في المساعدة الطبية على الإنجاب و عقم الزوجين بمونبلي

Prélèvement du : 19/12/2019 à 09:38

Résultats édités le: 19/12/2019



MME TIZRIT MINA

Dossier N° 19C386

Prescripteur: Docteur EL KHIMARI HAJAR

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1c) : 10,60 % (*) 4,0 à 6,0 % (Selon NGSP)
(HPLC (Automate: TOSOH GX-723))
Antécédent du 12/03/19 - 10:39 : 7,30 %

CALCIUM : 94,00 mg/l 86,00 à 107,00 mg/l

VITAMINES
(MINI VIDAS)

VITAMINES D : D2 + D3 : 9,30 ng/ml (*) 30 à 100 ng/ml
(ELFA - VIDAS Biomérieux (seuil= 8.1 ng/ml))

Interprétation:

- 30 - 100 ng/ml : Valeur souhaitable chez l'adulte
- 20 - 30 ng/ml : Statut vitaminique insuffisant
- Inf à 20 ng/ml : Etat carenciel
- Sup à 100 ng/ml : Effet toxique potentiel

Total de pages: 1

Dr. CHINBO Mehdi
Médecin Biologiste
LABORATOIRE AZLI
Askejour Socoma A Lot 89 Marrakech
Tél/Fax : 05 24 49 32 07

Biochimie – Hématologie – Bactériologie – Virologie – Parasitologie – Immunologie – Biologie de la reproduction