

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.

Diagnostique 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



MUPRAS

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

5 3969

Déclaration de Maladie : N° P19-0003992

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BDITE NAIMA Date de naissance : 1980
Adresse : 2, Rue Progyne Merimée RES. ZARA V. FLEHAT
Tél. : 0661425140 Total des frais engagés : 411,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AH OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
40, Bd. Bir Anzarane Tél : 0522 25 18 18
E-mail : docteuroudghiri@gmail.com

Date de consultation : 20/12/2020
Nom et prénom du malade : M^{me} BDITE NAIMA Age :

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

Nature de la maladie : Diabète insulino-dépendant + hypertension

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 : CASABLANCA

Le : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

2

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

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
28/12/2020	Cs		300,000	<p>Docteur ALI OUDGHIRI</p> <p>Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif</p> <p>Fonction : Estomac - Intestin - Hépatobiliaire</p> <p>16, 94 Bir Anzarane - Tél : 0522 25 18 18</p> <p>Email : docteuroudghiri@gmail.com</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/2020	111,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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. Ali OUDGHIRI

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Ancien Spécialiste des Hôpitaux Militaires du Maroc

Membre de la société nationale française de gastro-entérologie

Vidéoendoscopie digestive - Echographie digestive

Cathéferisme rétrograde des voies biliaires (CPRE)

Proctologie Médicale et Instrumentale

Chirurgie Anale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Absès)



الدكتور علي الودغيري

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

إختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عضو الجمعية الفرنسية الوطنية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية (التلفاز)

الفحص الداخلي بالمنظار الفيديو للمعدة و الأمعاء

جراحة البواسير

Casablanca le

28/12/2020

7^{ur}

BDITE Nourme

40140 x 02

MÉTÉOSPARYL : 2 ceps

30,50

x 2 / avant repas (2 litres)

INODIUM

T = 111,30

2 gélule en 1 prise le soir

au coucher à recoudre

le lendemain (pas de jus
sauf si pas de selles toute
la journée). En reprendre
si forte diarrhée

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46, Bd. Bir Anzarane, Tél. : 05 22 25 18 18
E-mail : docteuroudghiri@gmail.com

إيموديوم 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقادير الموصوفة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

LOT : 20E014

PER: 07 2025

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V 30DH60



11800001010845

... gélule(s) ... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAG
Fabrique sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Ain Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Lire la notice avant utilisation.

Ce traitement ne dispense pas d'une

réhydratation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحتفظ بعيننا عن سرائع ومتناول الأطفال.

لا ينبغي العلاج عن إعانة النساء الحوامل في الجسم.

M28518-02
08-13

Composition pour une gélule : Chlorhydrate de loperamide 2 mg
(correspondant à 1,86 mg de loperamide base), excipients q.s

Excipient à effet notoire : lactose monohydraté



IMPRIMEPEL

48x22x108

Imodium® 2 mg
voie orale - 20 gélules



janssen

Imodium® 2 mg

loperamide

20 gélules

20 كبسولة

إيموديوم

2 ملغ

2 le soir

2

2

MeteoSpasmyl®

Citrate d'alvérine 60 mg - Siméticone 300 mg



Voie Orale

20 CAPSULES MOLLES

MAYOLY SPINDLER

MeteoSpasmyl®

AMM N° 538/15 DMP/21/NRQ

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Citrate d'alvérine 60 mg
Siméticone 300 mg
Excipients : CSP une capsule, Boîte de 20 capsules molles.

INDICATIONS D'UTILISATION :

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs digestives avec ballonnements.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Reservé à l'adulte. Lire attentivement la notice.

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.
Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés.
Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

Distribué par : COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed DIOURI, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Sous licence : Laboratoires MAYOLY SPINDLER
6, avenue de l'Europe - B.P.51 - 78401 CHATOU CEDEX - FRANCE

FABRICANT : Laboratoires GALENIQUES VERNIN
20 rue Louis Charles Vernin - 77190 DAMMARIE-LES-LYS
Ou CAPSUGEL Plöemmel
21 de Camargue - 56800 PLOERMEL - FRANCE

7291490

ميتيوسباسمیل®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكتون 300 ملغ

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 Diori - Casablanca



VN8564

05-2020

05-2023

ل.رقم الحصة/ LOT

ل.ش. الإنتاج/ FAB

ل.إ.ص.م. / EXP

**مايولي
سبنذر**

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

لا تلتق بأي دواء في شبكة الصرف الصحي أو في صندوق القمامة المنزلية. اطلب من الصيدلي التخلص من الأدوية التي لم تعد تستخدمها. ستساعد هذه التدابير على حماية البيئة.

الموزع : كوير فارما

14، شارع محمد السادس - 20110 الدار البيضاء.

الصيدلي المصنوع: أمانة الدار.

مرخص لها من: مخازن مايولي سبنذر

14، شارع أوروبا - من ب. 78401 شاتو مينيكن - فرنسا.

المصنع: مخازن غاليك فرنسا

20، شارع لوي - شارل فرنا - 77190 داماري لي ليس - فرنسا.

أو كابسوجيل بلورميل ج. من. كاسيون 56800 بلورميل - فرنسا

تركيبه المواد الفعالة

الأغرين سترات 60-00 ملغ

سيمكتون 300-00 ملغ

ملاحظات: لا توجد كبسولة واحدة.

نوع هي الاستعمال

هذا الدواء مخصص لعلاج أعراض الأم الجهاز الهضمي المصحوبة بالانتفاخ.

لا تدعه في متناول ومزأى الأطفال.

مخصص للبالغين.

اقرأ النشرة بعناية.

يحزن في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

ميتيوسباسمیل®

MeteoSpasmyl®

Citrate d'alvérine 60 mg - Siméticone 300 mg



Voie Orale

20 CAPSULES MOLLES

MAYOLY SPINDLER

MeteoSpasmyl®

AMM N° 538/15 DMP/21/NRQ

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Citrate d'alvérine 60 mg
Siméticone 300 mg
Excipients : CSP une capsule, Boîte de 20 capsules molles.

INDICATIONS D'UTILISATION :

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs digestives avec ballonnements.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Reservé à l'adulte. Lire attentivement la notice.

A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.
Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés.
Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

Distribué par : COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed DIOURI, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Sous licence : Laboratoires MAYOLY SPINDLER
6, avenue de l'Europe - B.P.51 - 78401 CHATOU CEDEX - FRANCE

FABRICANT : Laboratoires GALENIQUES VERNIN
20 rue Louis Charles Vernin - 77190 DAMMARIE-LES-LYS
Ou CAPSUGEL Plöemmel
21 de Camargue - 56800 PLOERMEL - FRANCE

7291490

ميتيوسباسمیل®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكتون 300 ملغ

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 Diori - Casablanca



VN8564

05-2020

05-2023

ل.رقم الحصة/ LOT

ل.ش. الإنتاج/ FAB

ل.إ.ص.م. / EXP

مايولي
سبنذر

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

لا تلتق بأي دواء في شبكة الصرف الصحي أو في صندوق القمامة المنزلية. اطلب من الصيدلي التخلص من الأدوية التي لم تعد تستخدمها بتسليمها هذه التوجيهات على جدية البيئة.

الموزع :

كوير فرما

14، شارع محمد السادس - 20110 الدار البيضاء.

الصيدلي المصنوع : أمانة الدار.

مرخص لها من : مخازن مايولي سبنذر

14، شارع أوروبا - من ب. 78401 شاتو مينيكن - فرنسا.

المصنع : مخازن غاليك فرنسا

20، شارع لوي - شارل فردي - 77190 داماري لي ليس - فرنسا.

أو كابسوجيل بلورميل ج. من. كاسيون 56800 بلورميل - فرنسا

تركيبة المواد الفعالة

ألفيرين سترات 60-00 ملغ

سيمكتون 300-00 ملغ

مكونات أخرى : كابسولات وأحشاء

نواحي الاستعمال

هذا الدواء مخصوص لعلاج أعراض الأم الجهاز الهضمي المصحوبة بالانتفاخ.

لا تدعه في متناول ومزاي الأطفال.

مخصص للبالغين.

اقرأ النشرة بعناية

يحزن في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

ميتيوسباسمیل®