

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.

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 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° M21- 0005823

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société : 67963

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENHAGUENE Tourlay

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-005823

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 281
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.r

FEUILLE DE SOINS 637935

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule 129 Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

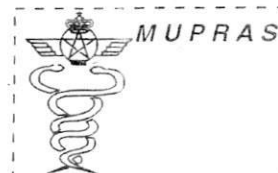
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEN HAYOUN TOURIC Age 25
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 25
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 637935
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
25/3/21	G		250,00	
21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/3/21	34,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/3/21	D 280, R 315, M 134	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

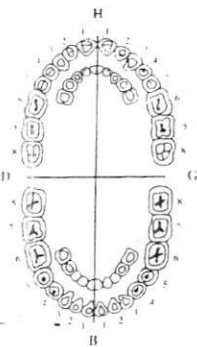
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS
	Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Marrakech, le : 25 03 21

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

- أمراض الغدد الهرمونية
 - أمراض السكري
 - الأمراض الاستقلابية
- خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

- ENDOCRINOLOGIE
- DIABETOLOGIE
- MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Mme BENHAYOUN Touria R 641

- DIAMICRON 30 mg LM 1 cp /j à jeun
- METFORMINE Win 850 1 cp matin et soir
Au milieu des repas
- STATICOL 20 1 cp le soir

1710
1710

3420



صيدلية المتحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBACH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

resp 3 mois

Dr. EL GUERMAI Najib
Endocrinologue - Diabétologue
31, Boulevard Zerkouni - Marrakech
Tél : 044 44 90 00

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش
31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech
Tél. : 05 24 44 96 00 : الهاتف
E-mail : nguermai@hotmail.com : البريد الإلكتروني

Prière de téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

ميثورمين وين

500 ملغ 850 ملغ 1000 ملغ

كلوردرات الميثورمين

PER: 03 2023

طريق الفم

LOT: 20IE007

قرص مليس

6

هذا الدواء

ي وأن ظهرت

الطبوا مزيدا

في هذه النشرة

لاحتظمت

هذه النشرة

METFORMINewin 850MG

CP PEL 830

P.P.V : 17DH10

118000 062134

في هذه النشرة :

1. ما هو ميثورمين وين، قرص مليس، وما الحالات التي يستعمل فيها؟
2. ما المعلومات الضرورية قبل تناول ميثورمين وين، قرص مليس؟
3. كيف يمكن تناول ميثورمين وين، قرص مليس؟
4. ما هي الآثار غير المرغوب فيها المحتملة؟
5. كيف يحفظ ميثورمين وين، قرص مليس؟
6. معلومات إضافية

يستعمل فيها؟

الصف المصنلي العلاجي

ميثورمين وين يحتوي على الميثورمين. هذا الدواء يستخدم لعلاج داء

السكري، ينتمي إلى فئة الأدوية المسماة ببيكوأيند.

الإرشادات العلاجية

بالإضافة إلى ما حمية غذائية مناسبة، هذا الدواء هو مضاد للسكري من

طريق الفم، مخصص لمعالجة داء السكري من صنف 2.

عند البدء، يمكن وصفة واحدة أو مع دواء آخر مضاد للسكري عن

طريق الفم أو مع الأنسولين.

عند الطفل الذي يتجاوز عمره 10 سنوات والمرافقين: يمكن وصفه

لوحده أو مع الأنسولين.

يمكن استعمال ميثورمين وين 1000 ملغ بدال قرصين من ميثورمين

وين 500 ملغ حتما يتطلب العلاج من 2 أو 3 غرامات يوميا من

ميثورمين.

2 ما المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول ميثورمين

وين، قرص مليس؟

مضادات الاستعمال

يجب عدم تناول ميثورمين وين :

• عند لديك حساسية (حساسية مفرطة) للميثورمين، أو لأحد

المكونات المتوفرة في هذا الدواء. (انظر «ما المكونات التي

الأخرى المتوفرة في هذا الدواء.

التي

التي

التي

التي

التي

التي

التي

التي

يحتوي عليها ميثورمين وين» في فقرة 6 «معلومات إضافية»

• إذا كانت لديك مشاكل مقترنة بالكليتين أو الكبد.

• إذا كانت لديك داء سكري غير منضبط، مصحوب مثلا بارتفاع شديد لسكر

الدم (نسبة السكر مرتفعة جدا في الدم)، غثيان، قيء، جفاف، فقدان سريع

الوزن، ارتفاع الحموضة السيئوية، ارتفاع الأجسام السيئوية، هو

مريض يعتمد على تراكم مواد في الدم تسمى «أجسام السيئوز» التي يمكن

أن تتسبب في سبب غيبوبة السكري، الأعراض التي بالخصوص هي في

الصدمة تنفس سريع وعميق، رغبة في النوم أو تنفس مع رائحة فواكه غير

عادية.

• إذا كنت قد فقدت الكثير من الماء (جفاف)، على سبيل المثال بسبب

إسهال مستمر أو حاد ، أو إذا تقيأت عدة مرات على التوالي، الجفاف يمكن

أن يؤدي إلى مشاكل الكلى التي يمكن أن تتسبب في خطر الإصابة

بالحمض اللاكتوزي (انظر «تنبيه خاصة مع ميثورمين وين» أدناه)

• إذا كانت لديك إصابات حادة، مثلا إصابات الرئتين أو القصبات الهوائية

أو إصابات الكلى، إصابات وخيمة يمكن أن تتسبب في مشاكل في الكلى

قد تتسبب في خطر الإصابة بالحمض اللاكتوزي (انظر «تنبيه خاصة مع

ميثورمين وين» أدناه).

• إذا كنت تتلقى علاجاً ضد قصور القلب أو مؤخرًا أصيبت بنبوية قلبية،

إذا كانت تعاني من مشاكل حادة في الدورة الدموية (مثل الانقطاع أو إذا

كانت لديك صعوبات في التنفس، يمكن أن يؤدي هذا إلى الإصابة

إمدا الأوكسجين إلى الأنسجة، الذي يمكن أن يعكس في خطر الإصابة

بالحمض اللاكتوزي (انظر «تنبيه خاصة مع ميثورمين وين» أدناه)

• إذا كنت تتعاطى الكثير من الكحول.

• إذا كانت أي من الحالات المذكورة أعلاه تنطبق عليك، تحدث عن ذلك إلى

طبيبك قبل بدء تناول هذا الدواء.

يرجى استشارة طبيبك إذا :

• يجب عليك القيام بفحص بالتصوير الإشعاعي أو فحص السكانير

الذي قد يتطلب حقن مادة تباين متوفرة على الفور في دورتك الدوية

• يجب عليك تجنب تناول ميثورمين وين مع بعض الوقت قبل وبعد هذه

الفحوصات أو العمليات الجراحية، يقوم طبيبك بتحديد ما إذا كنت

بحاجة إلى لا إلى استبدال العلاج خلال هذه الفترة، من الضروري أن ت

تدقة تعليمات طبيبك.

احتياطات الاستعمال:

• يجب الانتباه قبل تناول ميثورمين وين :

الرجوع الأخد بعين الاعتبار الخطر الخاص التالي للحمض اللاكتوزي

يمكن أن يتسبب الميثورمين وين في مضاعفة نادرة جدا لكنها

خطيرة تسمى الحمض اللاكتوزي، خاصة إذا كانت الكلوتين لا

تعمل بشكل صحيح. خطر الحمض اللاكتوزي يمكن أن يزيد في

حالة داء سكري غير منضبط، صوم مطول أو شرب الكحول. أعراض

الحمض اللاكتوزي هي القيء، آلام البطن مع تشنجات عضلية، شه

بعياء عام مع تعب شديد وصعوبات في التنفس. إذا وجدت نفسك

في هذه الحالة، قد تحتاج إلى الإستشفاء على الفور لتلقي

العلاج لأن الحمض اللاكتوزي يمكن أن يؤدي إلى غيبوبة.

التي

التي

التي

التي

Marrakech, le : 25 03 21

الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Mme BENHAYOUN Touria

R 641

FAIRE:

- Hémoglobine *glyquée*

- TSH

PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSAJI Abdelkader
Angle Alkal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
05 24 44 64 69 / 05 24 44 90 24
Dr. EL GUERMAI Mohamed
Endocrinologue - Diabétologue
31, Boulevard Zerktouni - Marrakech
Tél : 05 24 44 96 00

31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

31, Bd. Zerktouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

الهاتف : 05 24 44 96 00

البريد الإلكتروني : E-mail : nguermai@hotmail.com

Prière de téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

LABORATOIRE MAJORELLE

Angle Allal El Fassi et Yacoub el Mansour 40000 MARRAKECH
Tel : 0524446469 Fax : 05.24.43.29.85

Dr Abelkader KHOURSSAJI

Patente: 45304037 INPE: 073002420 C.N.S.S: 2039932

ICE : 001628278000095 I.F: 69130648 IGR : 69130648

FACTURE : 277028

9A 33148

Nom et Prénom : Mme BENHAYOUN TOURIA

Prescripteur : Dr. EL GUERMAI MOHAMED NAJIB

Référence : 250321 089

Date : 25/03/2021

BILAN :

HBA1 B 85 + TSH B 195 +

Soit 280 B

MONTANT NET : 315,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois cent quinze Dh

PHARMACIE - LABORATOIRE
Dr. KHOURSSAJI
Angle Allal El Fassi et Yacoub el Mansour
Tel: 05 24 44 64 69 / 05 24 44 29 85
Marrakech



الطوق الملكية المغربية
royal air maroc




CARTE DE VEUVE

BEN HAYOUNE TOURIA
Vve BERRADA EL AZIZI KACEM

Matricule: 0000429

Cette carte est la propriété de Royal Air Maroc. Elle est strictement personnelle et non cessible. Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires





مختبر التحليلات الطبية ماجوريل

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAJORELLE

Angle Allal el Fassi et Yacoub el Mansour - Tél.: 05 24 44 64 69 - Fax : 05 24 43 29 85 - Marrakech

E-mail : laboratoire-majorelle@hotmail.fr / Web : www.laboratoiremarrakech.com

Dr KHOURSSAJI Abdelkader

Docteur en Pharmacie - Biologiste

Diplômé de la Faculté de Paris V

Diplômé de la Biologie de la Reproduction et A.M.P.

Université Paris DESCARTES

Mme BENHAYOUN TOURIA

9A 33148

RF: 250321089

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance: 01/01/1940

CIN :

Résultats complets

Date du prélèvement : 25/03/2021

Edité le: 25/03/2021

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

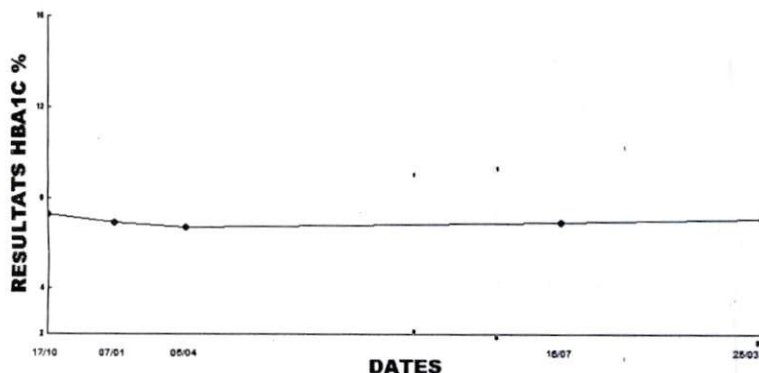
H.B.A.1.C **7,1** %
I.F.C.C **54** mmol/mol
(Technique HPLC-723GX)

16/07/20 : 6.9

16/07/20 : 52

INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.0 % - 19 à 42 mmol/mol)
(Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)
(Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)



BILAN THYROIDIEN

T.S.H (us) 3ème Génération.... **1,889** μ UI/ml (N : 0.35 à 4.94)

16/07/20 : 2.359

PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSSAJI Abdelkader
Angle Allal Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech
Tél: 05 24 44 64 69 / 05 24 44 90 24

Dr A.KHOURSSAJI