

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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 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

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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 066956

83506

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1691 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI Rabiaa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 65 168827 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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-66956

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		Montant des soins
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de l'exécution													

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle : .....
DECLARATION N°			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

DATE DE DEPOT  
...../...../.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle : 1691
Nom & Prénom TAZI Rabea		
Fonction : .....	Phones 0665 1688 27	
eMail .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient TAZI Rabea	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date : .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite .....
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	01	200
<b>PHARMACIE</b>		Date 06/08/2024
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date 05-08-2024		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
P.B.4.48	650 DA	
S.W. en thorax 1300,00		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



**Dr. TAGNAOUTI Brahim**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux  
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif

CASABLANCA

Tél. : 05 22 25 59 32

**الدكتور إبراهيم التگناوتي**

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70 Rue de Normandie Maârif  
Tél. 05 22 25 59 32

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUNA  
Docteur en Pharmacie - C.I.L.  
7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L.  
Casablanca - Tél. 05 22 36 24 85

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUNA  
Docteur en Pharmacie - C.I.L.  
7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L.  
Casablanca - Tél. 05 22 36 24 85

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUNA  
Docteur en Pharmacie - C.I.L.  
7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L.  
Casablanca - Tél. 05 22 36 24 85

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUMNI MOUNA  
Docteur en Pharmacie - C.I.L.  
7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L.  
Casablanca - Tél. 05 22 36 24 85

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70 Rue de Normandie Maârif  
Tél. 05 22 25 59 32

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20F248  
EXP: 06/2022

Cardiopirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.F.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280  
ص لا يتأثر بحموضة المعدة

Mme Rabea Tazi 29.70 x2  
159,40 - Zithromax 800 72B  
14,80 - Doliprane 1000 70  
40,90 - Zenerken 70  
42,00 - Prednisolone 70  
40,90 - Ceere 70  
Cardiopirine 100B/seu 70

Comprimés effervescents sécables – Boîte de 20.  
Prednisolone

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information 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.

**Principe actif:**

Prednisolone .....20,00 mg  
(Sous forme de métrasulfobenzoate sodique de prednisolone :  
31.44mg)

**Excipients:**

Bicarbonate de sodium, Acide tartrique, Citrate monosodique anhydre, Saccharine sodique, Lactose monohydraté, Benzoate de sodium, Arôme orange-pamplemousse\*.....q.s.p. un comprimé effervescent sécable.

\* Composition de l'arôme orange-pamplemousse : Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus concentré d'orange, aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle, maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

**Excipients à effet notoire :** Sodium, Sorbitol et Lactose.

## 2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB06

## GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE

(H. Hormones non sexuelles).

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

### 3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

#### 4. POSOLOGIE

### Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée. Elle est strictement individuelle.

Le dosage de PREDNI® 20 COOPER est adapté si vous débutez un traitement ou si vous devez prendre un traitement sur une courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes.

Si vous devez prendre ce traitement sur une durée prolongée et à des doses inférieures à 20 mg par jour, il existe des dosages plus appropriés.

### Mode et voie d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre les comprimés dans un verre d'eau. Avez le contenu du verre de préférence au cours du repas, en une prise le matin.

### Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

### Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

## 7. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

### Avertissements et précautions

Ce médicament doit être pris sous une stricte surveillance médicale.

Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 10 kg et par conséquent chez les prématurés et les nouveau-nés à terme. Cependant, chez les nourrissons prématurés traités par d'autres médicaments de la même classe, une échographie cardiaque doit être effectuée pour surveiller la structure et la fonction du muscle cardiaque.

**Avant le traitement, prévenez votre médecin :**

- \* Si vous avez été vacciné récemment,
- \* Si vous avez eu ou avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin,
- \* Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,
- \* Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose),
- \* Si vos reins ou votre foie ne fonctionnent pas correctement,
- \* Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire),
- \* Si vous souffrez de sclérodermie (également connue sous le nom de sclérose systémique, un trouble auto-immun), car des doses journalières de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque de développer une complication grave appelée crise rénale sclérodermique. Les signes d'une crise rénale sclérodermique sont, entre autres, une augmentation de la pression sanguine et une diminution de la production d'urine. Votre médecin peut vous conseiller de faire contrôler régulièrement votre pression sanguine et votre urine.
- \* Si vous avez séjourné dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.
- \* Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.
- \* L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une Intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).
- \* L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de l'intestin, une hypersensibilité aux produits laitiers ou du lait.
- \* Ce médicament peut causer des effets secondaires. S'ils surviennent, consultez votre médecin ou le pharmacien qui vous a délivré ce médicament.
- LOT N°:**
- UT. AV :**
- PPV (DH) :**
- Votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.
- \* Si le traitement est prolongé, votre médecin vous prescrira également un apport en calcium et vitamine D.

vision floue ou d'autres

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable  
PARACÉTAMOL

**Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous.** Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.

Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERESCENT.

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERESCENT

### Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments peuvent contenir du paracétamol, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

15,80  
PPV 15 DH 80  
PER 06 / 24  
LOT K 1 6 7 3  
S 2



**Dr. TAGNAOUTI Brahim**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux  
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 59 32

**الدكتور إبراهيم التگناوتي**

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70 Rue de Normandie Maârif  
Tél. 05 22 25 59 32

الدار البيضاء، في : 21

M<sup>me</sup> Rabea Tazi

Tst Covid 19

PCR

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70 Rue de Normandie Maârif  
Tél. 05 22 25 59 32



## ***RADIOLOGIE SOCRATE***

FACTURE N°01705/21

CASA LE 11.8.21

**Nom & prénom : TAZI RABIA**

Examens	Prix
T.D.M. Thoracique	1300.00
TOTAL :	<b>1300.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Mille trois cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
T : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

**Dr. TAGNAOUTI Brahim**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux  
**MEDECINE GENERALE**

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 59 32

**الدكتور إبراهيم التگناوتي**

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

11/08/2011

الدار البيضاء، في :

Rabia

TAZI

Mme Rabia Tazi

né 1949.

T D M Therapeutics

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70 Rue de Normandie Maârif  
Tél. : 05 22 25 59 32

**RADIOLOGIE SOKALI**  
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Vassil Edine Rés Anfa 1 - Casablanca.  
Tél. 0522 25 59 32





**FACTURE N° 2108053432**  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 06/08/2021  
**INPE : 093002574**

**Mme Rabea TAZI**  
Demande N° 2108053432  
Date de l'examen : 05/08/2021

Récapitulatif des analyses			
Analyse	Clé	Coefficient	Total
Prélèvement Nasopharyngé	E	20	20.00 MAD
Recherche de coronavirus covid-19 par PCR	B	434.48	630.00 MAD
Total			<b>650.00 MAD</b>

Total des B : 434.48  
Total à payer : **650.00** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**six cent cinquante dirhams**



LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2108053432**  
Résultats de : **Mme Rabea TAZI**  
Né(e) le : **01/01/1949** – 72 ans  
N° CIN :

Date du prélèvement : 05/08/2021 18:53. BOU  
Edition du : 06/08/2021 à 15:40

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

**Cher confrère**, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

**BIOLOGIE MOLECULAIRE**

**Recherche du coronavirus SARS COV -2 ( Covid-19) par RT-PCR :**

Nature de prélèvement: Nasopharyngé  
CNIE: B362611  
Résultats: **Recherche POSITIVE : Présence de l'ARN SARS-Cov2**

**NB : Un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter aux données cliniques et radiologiques.**



Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUZZANI Le Dr M. JENANE



Dossier n° 2108053432 – Mme Rabea TAZI

1 / 1





# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
**Dr. Mohammed BELCADI ABASSI**

الدكتور جمال بناني  
**Dr. Jamal BENNANI**

CASABLANCA LE 11/08/2021

NOM : TAZI  
PRENOM : Rabia  
MEDECIN TRAITANT : DR. TAGNAOUTI Brahim

## T.D.M. Thoracique

### \* Technique :

Coupes axiales jointives des apex pulmonaires aux bases sans injection de produit de contraste iodé .

### \* Résultats :

- Présence de nombreuses lésions hypodenses disséminées au niveau des deux champs pulmonaires de siège périphérique dont certains sont en voie de cicatrisation .
- Absence de processus ou de masse parenchymateuse tissulaire ou kystique .
- Absence de lésion bulleuse .
- Absence d'épanchement pleural .
- Absence de masse médiastinale ou d'adénopathie le long des chaînes du médiastin .

### \* Au total :

Lésions pulmonaires bilatérales peu denses dont certaines sont en cours de cicatrisation évoquant une atteinte par Covid et représentant environ 15% du parenchyme pulmonaire.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés Anfa 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 25 73 13 / 05 22 25 75 05 - Fax : 05 22 98 79 06 - E-mail : rxsocrate@gmail.com