

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

- 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier d'El Ghazal - 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° W21-618668

84377

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001682

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHADIJA ET MAVOUNI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661358283

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ABOUGHALEM KHALID
Gastro - Entérologie
21, Place Pasteur Q.H - Casa
Tél : 05 22 48 36 80
INP : 091001198

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ZIAD KHADIJA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

15 SEP 2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
7/7/2021	cs	200DH		INP : 091001198
				Dr ABOUGHALEM KHALID
				Gastro-Entérologie
				21, Place Pasteur Q.H - Casa
				Tél : 05 22 48 36 80
				INP : 091001198

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/7/2021	605,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr ABOUGHALEM KHALID	7/7/2021	Echographie	300DH
Gastro-Entérologie		Z30	
21, Place Pasteur Q.H - Casa			
Tél : 05 22 48 36 80			
INP : 091001198			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>																					
				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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	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"/>																						

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid ABOUGHALEM

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - HEMORROÏDES

sur rendez-vous

Casablanca, le :

7.7.2021 : الدار البيضاء في

الدكتور خالد أبو غلم

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير

بالموعد



605,20

79.50 Ziad Kheif et Ziad

Inductan 200

S.V

40.40x3 3 ps par jour nbl
METEDSPASMYL S.V 3

99.00x2 3 ps nbl
Oeds 20 S.V 12 Bbs de 20

38.70 nbl le
Laroxyl S.V 3

28.80 nbl le
Vitaneuril fort S.V

139.00 nbl 3x nbl
Curcuflav S.V

ABOUGHALEM KHALID
Gastro-Entérologie
1, Place Pasteur Q.H. Casa
Tél : 05 22 48 36 80
IND : 091001198

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
 (Chlorhydrate d'amitriptyline)
 60 comprimés pelliculés
 BOTTU S.A.
 PPV. 38 DH 70

LOT 201591
 EXP 06/2023
 PPV 99.00DH

LOT 201591
 EXP 06/2023
 PPV 99.00DH

VN8626
 07-2020
 07-2023

رقم الحصة /
 LOT :
 تاريخ الإنتاج /
 FAB :
 تاريخ الانتهاء /
 EXP :

مايو
 سن

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles.
 Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 6 118001 100293

20 كبسولة لينة

منطقة الفم

VN8626
 07-2020
 07-2023

رقم الحصة /
 LOT :
 تاريخ الإنتاج /
 FAB :
 تاريخ الانتهاء /
 EXP :

مايو
 سن

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles.
 Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 6 118001 100293

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

VN8731
 01-2021
 01-2024

رقم الحصة /
 LOT :
 تاريخ الإنتاج /
 FAB :
 تاريخ الانتهاء /
 EXP :

مايو

سترات ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
 Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
 P.P.V. : 40,40 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
 6 118001 100293

20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

nerveux

LOT: 210247
 DLUO: 05/2024
 139,00DH

INDUCTAN

trimébutine 100mg ou 200mg
Comprimés

UT. AV.:

1 2 2 2

P.P.V.

7 9 5 0

LOT N°:

1 2 8 5 0 1 9

79,50

COMPOSITION :

INDUCTAN® 100 mg :

Trimébutine maléate :

09366156/2

Excipients :

INDUCTAN® 200 mg:

Trimébutine maléate :200 mg

Excipients :q.s.p.1 comprimé

FORME ET PRESENTATION :

INDUCTAN® 100 mg:

comprimés, boîte de 20

INDUCTAN® 200 mg:

comprimés boîte de 30

INDUCTAN® se présente aussi en granulés pour suspension buvable.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE) :

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A: Appareil digestif et métabolisme) .

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :

Ce médicament est indiqué dans les douleurs des maladies digestives ou biliaires.

il corrige les troubles du transit associés.

ATTENTION !

MISES EN GARDE SPECIALES :

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre. L'allaitement est possible lors d'un traitement par ce médicament. D'UNE FAÇON GENERALE IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER

فيتانفريل قوي 100 ملغ بنفوتيامين

PPV

LOT

PER

الرضاعة
لثة الشك من

إشارة إلى أي
لا تتضمنها

28,80



بسبب تور
حالة حساسية للحرقوس و...
ناتج عن مرض خلقي أو أعراض عدم امتصاص الفلكنوز
والغالكتوز أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة).
قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
عند بعض المرضى:
اللاكتوز و السكروز.

احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا ترددوا في استشارة طبيبكم أو صيدليكم

9. التفاعلات الدوائية:

لغرض تفادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبكم أو
صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة:

ينصح بعدم أخذ فيتانفريل * قوي عند المرأة المرضعة و
الحمل، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج بفيتانفريل
قوي أطلعوا طبيبكم على العموم يتعين خلال الحمل أو
الرضاعة استشارة طبيبكم أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.

11. السائقون ومستعملو الآلات:

12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:

13. ما يجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:

14. الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي

لا تترك في متناول الأطفال

تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتيميديك

20-22، زنقة الزبير بن العوام

الصخور السوداء، الدار البيضاء

1. الشكل والتقديم:

علبة تحتوي على 30 قرصا ملبسا.

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.
احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قراءتها مجددا.

إذا كانت لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك استشر
الطبيب أو الصيدلي للمزيد من المعلومات

لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصيا. لا يجدر بك إعطاؤه
للآخرين فقد يؤديهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عوارضك

2. التركيب النوعي والكمي:

بنفوتيامين: 100 ملغ
السواغ: ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر
عند بعض المرضى: اللاكتوز و السكروز.

3. الصنف الصيدلي والعلاجي:

ينتسب بنفوتيامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على
الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف:

علاج البري بري،

الوقاية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في
الاستهلاك الغذائي على سبيل المثال: سوء الامتصاص،

الحمية الغذائية الغنية بالبروتينات، التغذية بالحقن و
بالاشتراك مع غيرها من الفيتامينات،

ينصح به الأشخاص الذين يشتكون من التهاب الأعصاب
ويتعاطون للمشروبات الكحولية،

ينصح به في حالة التهاب الأعصاب،

يستخدم بتركيزات عالية في بعض متلازمات الألم.

5. المقدار/طريقة الاستعمال:

المقدار:

2 إلى 4 أقرص خلال 24 ساعة.

في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبكم

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم

مدة العلاج:

تقيدوا بوصفة طبيبكم

DOCTEUR ABOUGHALEM KHALID

SPECIALISTE DES MALADIES

DE L'APPAREIL DIGESTIF

Endoscopie-Hémorroïdes

Casa 07/07/2021

NOTE D'HONORAIRES

MME ziad.khadija

COSULTATION : 200DH

ECHOGRAPHIE : 300DH

TOTALE : 500DH

Dr ABOUGHALEM KHALID
Gastro - Entérologie
21, Place Pasteur Q.H - Casa
Tél : 05 22 48 36 80
INP : 091001198