

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 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 : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-595535

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1063 Société : 90806

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MARIAME B. ATLA

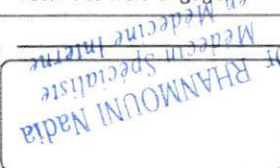
Date de naissance : 1940

Adresse : Bloc 05 NA 114 C.D. Casa

Tél : 0649651683 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2021

Nom et prénom du malade : SOUKRATIL Helmi Age :

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

Nature de la maladie : Lupus + Zona

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 ADHÉRENT

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
21.09.21	CS		60,00 S.C. de la Région	INP : 0910181010

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/21	1044.60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 										
				Coefficient DES TRAVAUX 										
				MONTANTS DES SOINS 										
				DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX 										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 21/09/2021

ORDONNANCE

Nom :

Prénom : SOURBAT Halima

273,0043

① Nervax 75

1 cp 2x1

51.1042

② plaquenil 100

1 cp 2x1

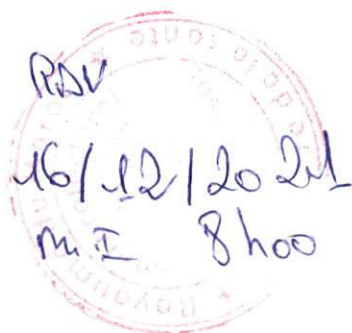
81.40
42.00

③ Omiz 20

1 cp 1 fois

Cachet et Signature

DR RHANMOUN NADIA
Médecin Spécialiste
en Médecine Interne



RDV 3 mois

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

PLAQUENIL® 200 mg, cor

sulfate d'hydroxychloroquine

le 9 1100811 280



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que PLAQUENIL, comprimé pellicule et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre PLAQUENIL
3. Comment prendre PLAQUENIL
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver PLAQUENIL
6. Contenu de l'emballage et autres informations

acquis (détecté par l'ECG, l'enregistrement de l'activité électrique du cœur), si vous avez des troubles cardiaques ou des antécédents de crise cardiaque (infarctus du myocarde), si vous avez un déséquilibre des électrolytes dans le sang (en particulier un taux faible de potassium ou de magnésium, voir rubrique « Autres médicaments et hydroxychloroquine »).

• Prévenez votre médecin si vous êtes atteint de porphyrie (maladie du sang). En effet, chez les

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

PLAQUENIL® 200 mg, cor

sulfate d'hydroxychloroquine

le 9 1100811 280



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que PLAQUENIL, comprimé pellicule et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre PLAQUENIL
3. Comment prendre PLAQUENIL
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver PLAQUENIL
6. Contenu de l'emballage et autres informations

acquis (détecté par l'ECG, l'enregistrement de l'activité électrique du cœur), si vous avez des troubles cardiaques ou des antécédents de crise cardiaque (infarctus du myocarde), si vous avez un déséquilibre des électrolytes dans le sang (en particulier un taux faible de potassium ou de magnésium, voir rubrique « Autres médicaments et hydroxychloroquine »).

- Prévenez votre médecin si vous êtes atteint de porphyrie (maladie du sang). En effet, chez les

أوميبرازول

LOT : 1016
UT. AV : 05-23
P.P.V : 42 DH 00

كيسولة
عن طريق الفم

وحدات حيوية مقاومة للمصارة المعدية

الصيدلي قبل أخذ أي دواء.

صباحا ومساءً خلال 7 أيام.
تئيندازول 500 ملغ صباحا
والقحة الإثني عشرية

د ثانية تمتد 4 أسابيع بنفس

- يمكن في حالة الإلتهاب
- استمرار الأعراض و ذلك في أعقاب العلاج الأولي لمدة 4 أسابيع ب 20 ملغ كل يوم.
- علاج أعراض الارتداد المعدي-البلعومي : 1 كيسولة من أوميبرازول 10 ملغ في اليوم، يمكن رفع الجرعة إلى 20 ملغ عندما تكون الفاعلية غير كافية، مدة العلاج من 4 إلى 6 أسابيع.
- علاج الصيانة لقحة الإثني عشرية : 1 كيسولة من أوميبرازول 10 ملغ، ترتفع الجرعة إلى 20 ملغ عند عدم الفعالية أو في حالة المقاومة للعلاج بمضاد H₂.
- علاج الصيانة للإلتهاب البلعومي بسبب الارتداد المعدي-البلعومي : 10 إلى 20 ملغ من الأوميبرازول في اليوم.
- في حالة الإلتهاب البلعومي الحاد : 1 كيسولة من أوميبرازول 20 ملغ
- سندروم زولينجر-إيلسون : المقدار هو 60 ملغ من الأوميبرازول مرة في اليوم و يجب تعديله فرديا كما يجب مواصلة العلاج كلما كان ضروريا من الناحية السريرية.
- بالنسبة للمقادير التي تتفوق 80 ملغ كل يوم يجب تقييم المقدار وإعطائه خلال مرتين.
- علاج الإصابات المعدية الإثني عشرية الناتجة عن مضادات الإلتهاب للإسترويدي : 1 كيسولة من أوميبرازول 20 ملغ في اليوم لمدة 4 إلى 8 أسابيع.
- علاج وقائي للإصابات المعدية الإثني عشرية الناتجة عن مضادات الإلتهاب للإسترويدي : 1 كيسولة من أوميبرازول 20 ملغ كل يوم.
- الأطفال :
- الإلتهاب البلعومي نتيجة الإرتداد المعدي-البلعومي : 1 ملغ /كغ/ اليوم خلال 4 إلى 8 أسابيع
- الأطفال من 10 إلى 20 كغ : 1 كيسولة من أوميبرازول 10 ملغ يمكن رفع المقادير إلى 20 ملغ في اليوم
- الأطفال أكثر من 20 كغ : 1 كيسولة من أوميبرازول 20 ملغ / اليوم.
- عند الأطفال أقل من 6 سنوات أو الأطفال الغير القادرين على بلع الكبسولات، يجب فتح و خلط هذه الحبيبات بسائل قليل الحموضة (pH≤5)، مثل الياغورت، عصير الليمون، مربى التفاح.

التأثيرات الغير مرغوب فيها :

- الأكثر شيوعا : صداع، إسهال، إمساك، غثيان، تقي، آلام في البطن، إنتفاخ البطن.
- الأقل شيوعا : إحساس بدوار، تمل، زيادة أنزيمات الكبد، ردود فعل جلدية (طفح جلدي، و/أو حكة)، أرق.
- نادرا : خلط ذهني سرعان ما يتراجع، إثارة، عدوانية، إكتئاب و هلوسة، خاصة عند المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة، إنتفاخ الثدي عند الرجال (التندي)، إجتفاف الفم، التهاب الفم، داء البيضات في المعدة والأمعاء، إنخفاض عدد خلايا الدم، إعتلال دماغي بالنسبة للمرضى الذين يعانون من قصور كبدي، التهاب كبدي مع أو دون يرقان قصور كبدي، آلام المفاصل و العضل، وهن عضلي، حساسية للضوء، مظاهر جلدية خطيرة، صلع، مظاهر حساسية كإنتفاخ الوجه، الشفتان، الحنجرة و/أو اللسان، حمى، تشنج قصبي، صدمة تأقية، إلتهاب الكلية إنحلافي، تفرق، أودمة محيطية، اضطراب الرؤية، اضطراب الذوق، إنخفاض الصوديوم في الدم.
- إذا لاحظتم تأثيرات جانبية غير مشار إليها في هذه النشرة أخبروا طبيبك أو صيدليكم.

التخزين :

- يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.
- لا يستعمل هذا الدواء بعد إنتهاء تاريخ الصلاحية الموجود على العلبة.

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

اللائحة II.

الحمل و الرضاعة :

الحمل :
يستعمل هذا الدواء خلال
الرضاعة :
يتسرب هذا الدواء إلى

المقادير :

البالغين :

الطفولة :

أو كبسولة من أوميرازول
أو كبسولة من أوميرازول

ومساء خلال 7 أيام.
الطورية أو من 3 إلى 4
- قرحة الإثني عشر
- قرحة معدية متط
- التهاب بلعومي ع

المقادير.

يمكن في حالة الإلتهاب البلعومي الحاد (تقرحات محيطية) اعتداح

استمرار الأعراض وذلك في أعقاب العلاج الأولي لمدة 4 أسابيع ب 20 ملغ كل يوم.

علاج أعراض الارتداد المعدي-البلعومي : 1 كبسولة من أوميرازول 10 ملغ في اليوم. يمكن رفع الجرعة إلى 20 ملغ عندما تكون الفاعلية غير كافية.

مدة العلاج من 4 إلى 6 أسابيع.

علاج الصيانة لقرحة الإثني عشرية : 1 كبسولة من أوميرازول 10 ملغ، ترتفع الجرعة إلى 20 ملغ عند عدم الفعالية أو في حالة المقاومة للعلاج

بمضاد H₂.

- علاج الصيانة للإلتهاب البلعومي بسبب الارتداد المعدي-البلعومي : 10 إلى 20 ملغ من الأوميرازول في اليوم.

- في حالة الإلتهاب البلعومي الحاد : 1 كبسولة من أوميرازول 20 ملغ

- سندروم زولينغير - إلسون : المقدار هو 60 ملغ من الأوميرازول مرة في اليوم ويجب تعديله فرديا كما يجب مواصلة العلاج كلما كان ضروريا من

الناحية السريرية.

بالنسبة للمقادير التي تتفوق 80 ملغ كل يوم يجب تقييم المقدار وإعطائه خلال مرتين.

علاج الإصابات المعدية الإثني عشرية الناتجة عن مضادات الإلتهاب اللاسترويدي : 1 كبسولة من أوميرازول 20 ملغ في اليوم لمدة 4 إلى 8

أسابيع.

علاج وقائي لإصابات المعدية الإثني عشرية الناتجة عن مضادات الإلتهاب اللاسترويدي : 1 كبسولة من أوميرازول 20 ملغ كل يوم.

الأطفال :

- الإلتهاب البلعومي نتيجة الارتداد المعدي-البلعومي : 1 ملغ /كغ /اليوم خلال 4 إلى 8 أسابيع

الأطفال من 10 إلى 11 كغ : 1 كبسولة من أوميرازول 10 ملغ يمكن رفع المقدار إلى 20 ملغ في اليوم

الأطفال أكثر من 20 كغ : 1 كبسولة من أوميرازول 20 ملغ / اليوم.

عند الأطفال أقل من 6 سنوات أو الأطفال الغير القادرين على بلع الكبسولات، يجب فتح و خلط هذه الحبيبات بسائل قليل الحموضة (pH≤5)، مثل

الياغورت، عصير الليمون، مربى التفاح.

التأثيرات الغير مرغوب فيها :

الأكثر شيوعا : صداع، إسهال، إمساك، غثيان، تقي، آلام في البطن، إنتفاخ البطن.

الأقل شيوعا : إحساس بدوار، تنمل، زيادة أنزيمات الكبد، ردود فعل جلدية (طفح جلدي، و/أو حكة)، أرق.

نادرا : خلط ذهني سرعان ما يتراجع، إثارة، عدوانية، إكتئاب و هلوسة، خاصة عند المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة، إنتفاخ الشدي عند

الرجال (التثني)، إحتفاف الفم، التهاب الفم، داء المبيضات في المعدة والأمعاء، إنخفاض عدد خلايا الدم، إعتلال دماغي بالنسبة للمرضى الذين يعانون

من قصور كبد، إلتهاب كبد مع أو دون يرقان، قصور كبد، آلام المفاصل والعضل، وهن عضلي، حساسية للضوء، مظاهر جلدية خطيرة، صلع،

مظاهر حساسية كإنتفاخ الوجه، الشفتان، الحنجرة و/أو اللسان، حمى، تشنج قصبي، صدمة تأقية، إلتهاب الكلية إنحلافي، نقرص، أودمة محيطية،

إضطراب الرؤية، إضطراب الذوق، إنخفاض الصوديوم في الدم.

إذا لاحظتم تأثيرات جانبية غير مألوف إليها في هذه النشرة أخبروا طبيبك أو صيدليكم.

التخزين :

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.

لا يستعمل هذا الدواء بعد إنتهاء تاريخ الصلاحية الموجود على العلبة.

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

اللائحة II.

مختبرات الصيدلة فارما 5

21، زنقة البروق - الدار البيضاء

ياسمين لحلو فيلاي - صيدلي مسؤول

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما 5

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Quittance

N° 240280

Reçu de M

Hatima Soukrat

La somme de

Soixante DHS

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
Cons		60,00
M.I		
Total		60,00

Cachet du Service

Le 21/09/2021

Signature du
Régisseur