

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-648072

91961

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07470 Société : RAN.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASNI Abderrahmane  
 Date de naissance : 06-01-1962  
 Adresse : Rue 9 Imm 19 Art 5 Nazale H.H. Casablanca  
 Tél. : 0672228333 Total des frais engagés : 1973,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2021  
 Nom et prénom du malade : Mme Jamila Asni  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Doux imbecile + fièvre  
 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 : 06/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPP N° : A-A-2-5/2019

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
06.02.21	CS	1	150,00	INF: 061167789 Dr. SAMI Médecin Généraliste N°14 RUC Lot Meryem Sid Province d'Oran 36100007

061167789

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6-8-21	323 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div style="position: absolute; transform: rotate(-45deg); transform-origin: left top; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> Service Radiologie M. Longchamp </div>	6/8/2011	TDM Thoracéryu	1500,-

[illegible]

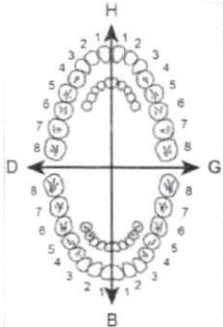
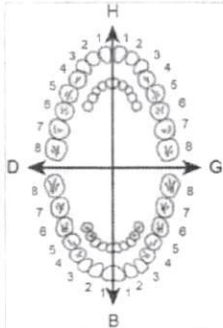
VOILET ADHERENT

# 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"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.SAMANI Mhammed

Omnipraticien

Anc.Médecin Officier  
de la Marine

Echographie

Electrocardiographie



الدكتور سماني محمد

طبيب عام

طبيب ضابط سابقا

في الملاحة البحرية

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Tél : 06.49.12.40.78

Le: 06.04.2021

Dr. Sami Asmi.

1/ Azia 500 mg = 1 cp/jour x 3 jour.

2/ Probiotis = 1 Sachet/jour.

3/ Zime 200 mg = 1 cp le matin x 1 mois.

4/ Vita C = 1000 mg = 1 cp le matin x 1 mois.

PARACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58. Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa

Dr. SAMANI Mhammed

Médecin Omnipraticien

N°14 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal

Province Berchid

Téléphone : 06.49.12.40.78

الرقم 1 الطابق الأول تجزئة مريم سيدي رحال الشاطئ - برشيد

N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sidi Rahal Chatii - Berechid



Sachet  
Voie orale

# Probiotis

Saccharomyces boulardii

Deva

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Saccharomyces boulardii (standardisé à  $2.10^{10}$  U.F.C./g)

Arôme Caramel, Silice, Sucralose...qsp 1 sachet

LOT: 210263  
DLUD: 04/2024  
59.000H

de blé,

## FORME ET PRESENTATIONS

PROBIOTIS : Sachet de Poudre Orosoluble. Boîte

Propriétés : PROBIOTIS permet d'aider à rentabiliser la prise de nourriture et le confort intestinal

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale.

Adulte : 3 sachets par 24 heures.

Enfant-Nourrissons à partir de 3 mois : 2 sachets par 24 heures.

## MODE D'EMPLOI

- soit par prise en bouche directe.

- soit en diluant le contenu du sachet dans un peu d'eau ou une boisson sucrée, La poudre peut également être mélangée avec les aliments (adulte et enfants) ou dans le biberon (nourrissons)

## DUREE RECOMMANDEE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

## LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

## CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25°C, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS STICK / Autorisation ministère de la santé n° : DA 2018 1805320 DMP/20UCAv1

Deva  
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca

# maelys

Actifs et Vitamines



## Zinc

Vitalité & Énergie

### PROPRIETES :

Maelys Zinc est une levure sèche désactivée enrichie en Zinc.

La Levure de bière : protéine de haute qualité, source de vitamines, minéraux et fibres alimentaires.

Le Zinc : est un oligo-éléments, connu pour son intervention dans de nombreuses fonctions physiologique de l'organisme.

### CONSEILLÉ EN CAS DE :

- Problèmes de la peau
- Teint terne
- Fatigue et perte de tonus
- Ongles déminéralisés

### POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

1 à 2 gélules par jour, à prendre le matin, avant le repas, avec un grand verre d'eau. Durée de complémentation : 3 mois

### LIMITES D'UTILISATION & PRECAUTION D'EMPLOI :

- Enfants moins de 13 ans.
- Allergie connue à l'un des composants
- Ne pas dépasser la dose journalière indiquée.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

COMPOSITION	
Ingrédients Actifs	
	en mg
Levure Lyside Nutri Optimum	221.8 mg
Levure Lyside Zn 100K-100 mg Zn/g	75.0 mg
Ingrédients non actifs	
Gélatine (composante de la gélule, origine bovine)	90.0 mg
Stéarate de Magnésium (Antiagglomérant)	3.2 mg

APPORT JOURNALIER RECOMMANDÉ (AJR)		
Élément Actif	Teneur/Gél en mg	%AJR / 2 Gélules
Zinc	7,50 mg	100,0%

Complément alimentaire ce n'est pas un médicament

Fabrication Par : Laboratoire CMC PHARMA

Distribué Par : DSB: Drug Scientific Bureau  
11, Allée du chemin vert HERMITAGE - Casablanca  
Tel./ Fax : +212(0)522 28 47 74 /80

AG.5 / ONSSA n° CAPV.5.53.15

Autorisation du ministère de la santé N° DA 20181802202DMP/20UCav1

PPV 790H70  
PER 12/23  
LOT J3531

**X**<sup>®</sup>  
omycine



N :

#### **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

- Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :
  - Infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
  - Infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
  - Infections odontostomatologiques;
  - Infections cutanées;
  - Infections des tissus mous;
  - Utrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

#### **CONTRE-INDICATIONS :**

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

#### **MISES EN GARDE :**

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

#### **PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
  - Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

#### **EFFETS INDESIRABLES :**

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

#### **POSOLOGIE :**

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

#### **MODE D'ADMINISTRATION :**

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

#### **TAB. LEAU A (LISTE I).**



**b**

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Dr.SAMANI Mhammed  
Omnipraticien  
Anc.Médecin Officier  
de la Marine  
Echographie  
Electrocardiographie



الدكتور سماني محمد  
طبيب عام  
طبيب ضابط سابقا  
في الملاحة البحرية  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

Tél : 06.49.12.40.78

Le: 0.6/001.2.21

Dr. Jamila Asmi.

T.D. 7  
Thoracique.

Service Radiologie  
Clinique Longchamp

Dr. SAMANI Mhammed  
Médecin Omnipraticien  
N°14 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal  
Province Bercid  
Tél: 06 75 086 707

الرقم 1 الطابق الأول تجزئة مريم سيدي رحال الشاطئ - برشيد  
N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sidi Rahal Chatii - Bercchid

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 06-08-2021

Facture N° 04788/21

## A. Identification

N° Dossier : CLC21H06164035

N° Identifiant : 010628/21

Nom & Prénom : Mme ASMI JAMILA

C.I.N :

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-08-2021

Date Sortie : 06-08-2021

Médecin traitant : DR . GARDE GARDE

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	TDM THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PARTIE CLINIQUE :						1 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL			1 500,00

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature



Casablanca ; le **06/08/2021**

PATIENT : **ASMI JAMILA**

## **SCANNER THORACIQUE**

**RC : PCR+ ; Recherche de pneumopathie a Covid19.**

### **TECHNIQUE :**

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de PDC.

### **RESULTATS :**

- Absence de condensation parenchymateuse ou de verre dépoli.
- Absence de DDB.
- Absence d'épanchement pleural.
- Absence d'épanchement médiastinal ou péricardique.

### **CONCLUSION :**

- Aspect TDM sans anomalie.
- Examen évalué à 0%.

Merci de votre confiance.  
**Service de Radiologie\***

Service Radiologie  
Clinique Longchamps