

# 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° P19-0027512

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1551

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 18, Bd Oued Edjedab  
Jamila V. Cité Djemaa Casablanca

Tél. : 0661954695 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/22

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) :



# 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
12/06/22	OK			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/06/22	333,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14 JUIN 2022	B430+	449,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

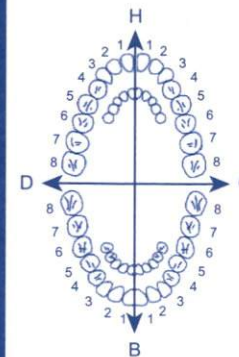
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. NAIMA ANOUS ALAOUI LAHBABI**

**د نعيمة أنوس العلوي الحبابي**

**OMNIPRATICIENNE**

Diplômée en Gynécologie Médicale  
Université Louis Pasteur - Strasbourg  
France

حائزة على دبلوم أمراض النساء  
من جامعة لوي باستور - ستراسبورغ  
فرنسا

Casablanca, le : 14.06.22

SIRANI # N1A

28.80 x 2  
y Vitakent f. x 2  
2 c p x 20  
24.40 x 4  
y Revoly 00 x 10  
34.60 x 3 2 v ml  
3) Lactilact  
37.00 x 2 2 v  
y Dutast  
333.00

صيدلية سكيبا  
PHARMACIE SKIBA SARI AU  
Dr. en Pharmacie  
98, Av. Oued Eddahab, Jamma  
Tel: 0522 37 32 33 - Casablanca

د نعيمة أنوس العلوي  
الطبيبة نعيمة  
DOCTEUR NAIMA ANOUS  
LAHBABI NAIMA  
98, Av. des Forces Auxiliaires  
Bournazil - Casablanca





**Conduite à tenir au cas où l'administration d'une ou plusieurs doses**  
Forme orale : prendre la dose suivante.

#### EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

- réactions cutanées,
  - douleurs lombaires,
  - hypokaliémie (quantité insuffisante de potassium dans le sang),
  - quelques rares cas de modifications du bilan sanguin : leucocytes (globules blancs), thrombopénie (taux anormalement bas de plaquettes), élévation discrète de l'uricémie pouvant causer exceptionnellement
  - élévation de la glycémie (quantité de sucre dans le sang)
  - déshydratation, élévation de l'urée sanguine, hyponatrémie (quantité basse de sodium dans le sang), hypovolémie (volume total bas de sang contenu dans le corps), accompagnée d'hypotension orthostatique (chute de la pression artérielle lors du passage à la position debout pouvant s'accompagner de vertiges),
  - en cas d'insuffisance hépatique, possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique (affection neurologique observée au cours de maladies sévères du foie),
  - possibilités des troubles digestifs,
  - exceptionnellement, atteinte de l'audition lors de l'administration conjointe d'antibiotiques du groupe des aminosides,
  - liés à la forme injectable : possibilité de baisses transitoires de l'acuité auditive lors de l'administration de doses très élevées de ce produit notamment lorsque la vitesse d'injection recommandée n'a pas été respectée.
- SIGNELEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

#### CONSERVATION

**NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.**

#### Précautions particulières de conservation

Les comprimés doivent être conservés à l'abri de la lumière.  
Conserver les ampoules dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

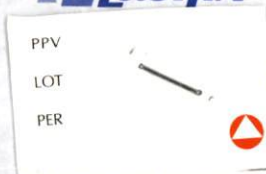
#### DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Janvier 2007.

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa  
20250 Casablanca



**Lasilix® 40 mg**  
**Lasilix® 20 mg/2 ml**



Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de l

#### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

##### Composition

**LASILIX 40 mg comprimés :**

Furosémide ..... 40 mg/comprimé.  
Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

**LASILIX 20 mg/2ml :**

Furosémide ..... 20 mg/2 ml.  
Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour

#### Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg  
LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable, ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

#### DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

##### Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

##### Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (élévation importante de la tension artérielle),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (rétention de sel),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

#### ATTENTION !

**Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :



7871391098

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس<sup>®</sup> قرص قابل للقطع**

**ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم**

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ.
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
  - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.
- انظر الفقرة 4

فترة الحمل.

تحتوى هذه النشرة:



7862160342

**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع**

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى و لو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
  - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

7871391098



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس®** قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
  - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4

فترة الحمل.

هذه النشرة:



# MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

## ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
  - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة
- انظر الفقرة 4



**Dr. NAIMA ANOUS ALAOUI LAHBABI**

**د نعيمة أنوس العلوي الحبابي**

**OMNIPRATICIENNE**

**Diplômée en Gynécologie Médicale**

**Université Louis Pasteur - Strasbourg**

**France**

حائزة على دبلوم أمراض النساء  
من جامعة لوي باستور - ستراسبورغ  
فرنسا

Casablanca, le : 13.06.22

SIRANI HNA

TS H - green T  
y uree + c de m D D  
3/ VS.  
CT + T

DISPENSAR  
JAMILA  
r. BERRADA F.K  
Tel.: 05 22 38 40 50  
Fax: 05 22 29 14 60

دكتورة أنوس العلوي  
الحبابي نعيمة  
DOCTEUR NAIMA ALAOUI LAHBABI  
88, Av. des Forces Auxiliaires  
Bournazil - Casablanca

urifly



مختبر التحليلات الطبية  
مستوصف جميلة (4)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
DISPENSARE JAMILA "4"

110, Rue El Bachir Belhoucine (Ex 89), Jamila 4  
Cité Djemâa en face Cimetière Sebata  
Dérrière terrain "Ba Mohammed" - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 14 60 / 05 22 38 40 50  
ICE : 001677978000093  
INPE : 93000222

**BERRADA FATHI Khalid**

Docteur en Pharmacie-Biologiste

Facture N° : 4521/2022

Date : 14/06/2022

Analyses Médicales effectuées Le 14/06/2022

Prescription Du Docteur ANOUS ALAOUI LAHBABI N

Pour JIRANI HNIA

Réf : 7LFE83929



**Bilan :**

TSH GLY URE CREA VS CHOL TRI AU

**Cotation : B 430 + Prelevement**

**Montant Net : 440 Dhs**

TSH	200	AU	30
GLY	30		
URE	30		
CREA	30		
VS	30		
CHOL	30		
TRI	50		





# مختبر التحليلات الطبية مستوصف جميلة (4)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
DISPENSARE JAMILA "4"

110, Rue El Bachir Belhoucine (Ex 89), Jamila 4  
Cité Djemâa en face Cimetière Sebata  
Dérrière terrain "Ba Mohammed" - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 14 60 / 05 22 38 40 50

ICE : 001677978000093  
INPE : 93000222

**Dr. BERRADA Fathi Khalid**

Docteur en Pharmacie-Biologiste  
Ex attaché des hôpitaux de France  
Ancien Pharmacien chef du 3<sup>e</sup> hôpital militaire de LAÂYOUNE  
Diplômé des Facultés de BESANÇON et NANCY - FRANCE

Nom : Mme JIRANI

Prénom : HNIA

Dossier : 1DF637 14/06/2022



Medecin : Dr. ANOUS ALAOUI LAHBABI N

## VITESSE DE SÉDIMENTATION

VS 1ère heure.....: 11 mm (3-10)  
VS 2ème heure.....: 33 mm (6-20)

## BIOCHIMIE

Analyse	Resultat	Normes	Antécédents
Glycémie (à jeun).....	0.98 g/l	(0.8-1.1)	
Urée .....	0.27 g/l	(0.1-0.45)	
Créatinine sanguine.....	9.7 mg/l	(6-14)	
CLEARANCE DE LA CREATININE....	74 ml/min		
V.N Selon MDRD: > 90 ml/min.			
60 à 89 ml/min: Insuffisance rénale légère			
30 à 59 ml/min: Insuffisance rénale modérée.			
15 à 29 ml/min: Insuffisance rénale sévère.			
< à 15 ml/min: Insuffisance rénale terminale.			
Acide Urique .....	60 mg/l	(24-57)	
Cholesterol total.....	1.95 g/l	(1.2-2)	
Triglycerides.....	0.89 g/l	(0.4-1.4)	

## ENDOCRINOLOGIE

TSH Ultrasensible.....: 0.83 µUI/ml  
( Technique Chimiluminescence YHLO )

### VALEURS NORMALES

EUTHYROIDIE : ( 0.30 à 5.00 )  
HYPERTHYROIDIE : ( < à 0.30 )  
HYPOTHYROIDIE : ( > à 5.00 )

