

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

- Reclamation : 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° W21-694214

122779

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6549

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRITEE

Nom & Prénom : AJAKA KARIMA

Date de naissance : 23/10/1963

Adresse : 601 Route el JADIDA CASA

Tél. : 0661436472

Total des frais engagés : 1142,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2022

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée

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.

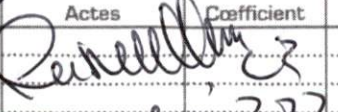
Fait à : CASA


Le : 27/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
10/05/2011	Remplacement	3	300,00	 IN: 91114991 Tel: 022.98.24.75
10/05/2011	Prothèse	2	200,00	
10/05/2011	Frais	1	50,00	

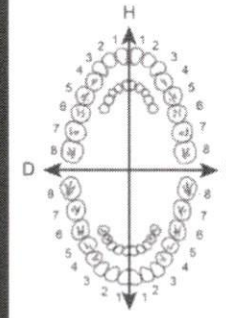
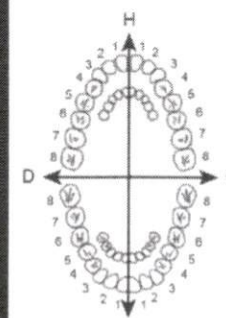
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MIMOSA Hind LAKHMIRA Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tel: 022.98.24.75	30/05/11	428,10
	31/05/11	16,00
	31/05/11	16,00

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		<input type="text"/>	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<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"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		<input type="text"/>	

Consultations :

Pneumophthisiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Fibroscope bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

(الدكتور محمد (إبراهيمي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthisiologue

(الدكتور ع. (انصري)

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthisiologue

03/06/2022

Madame AJAKA Karima

2 x 82,10

INEXIUM 20 : 1 comp matin et soir après repas x 15 jours



D 164,80

Pharmacie MIMOSAE
Hind LAKMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.93.86.97-Fax: 022.98.24.76

Docteur Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif
CASA Tél 022 94 93 46 - 94 93 47

PS10403

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair brou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ

P.P.V: 82,10 DH

6

118001

020591

INEXIUM® 20 mg,
comprimé gastro-résistant
ésoméprazole

إينكسيوم® 20 ملغ ،
قرص صا مد لحموضة
المعدة
ازومبرازول

AstraZeneca



PS10403

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ

P.P.V: 82,10 DH

6

118001

020591

INEXIUM® 20 mg,
comprimé gastro-résistant
ésoméprazole

إينكسيوم® 20 ملغ ،
قرص صا مد لحموضة
المعدة
ازومبرازول

AstraZeneca



الدكتور محمد البراقصي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

30/05/2022

Madame AJAKA Karima



SPECTRUM 500 boîte de 5 comp :

1 comp matin et soir avant repas x 5 jours

EFFIPRED 20 mg : 2 comp le matin après manger x 5 jours

IXOR 20 : 1 comp le soir après repas x 15 jours

SERETIDE diskus 250 : 1 bouffée matin et soir x 1 mois

LYSANXIA : 1 comp le soir x 10 jours

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.93.97 - Fax: 022.98.24.73

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81

De 08 heures à 19 heures

Lysanxia®



Prazépam

FORME ET PRESENTATION :

LYSANXIA® 10mg comprimés sécables, boîte de 2 blisters de 20 comprimés.

LYSANXIA® 15mg/ml, solution buvable en gouttes, flacon de 20ml.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

LYSANXIA® comprimé :

Prazépam : 10 mg

Excipients : lactose, cellulose microcristalline, amidon de maïs, stéarate de calcium, un comprimé sécable.

LYSANXIA® gouttes :

Pour 1 ml = 30 gouttes : 15 mg de prazépam.

Excipients: propylèneglycol, éthyl-diéthylèneglycol, saccharine sodique, polyvinyle, bleu.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE) :

Benzodiazépine (anxiolytique)

(N: système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci est gênante.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS) :

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

- insuffisance respiratoire **grave**,
- insuffisance hépatique **grave**,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires durant le sommeil),
- allergie connue à cette classe de produits.

Il ne doit pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de myasthénie ou d'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ne JAMAIS arrêter BRUTALEMENT ce traitement, en raison du risque d'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de symptômes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires mais on peut observer également de l'agitation, une irritabilité, des migraines, sensibilité anormale au bruit ou à la lumière, etc...

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (anxiété, insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement. Ce médicament peut être à l'origine des troubles de la mémoire. Ceux-ci surviennent le plus souvent dans les heures qui suivent la prise du produit.

Chez certains sujets, en particulier l'enfant et la personne âgée, ce médicament peut entraîner des effets contraires aux effets recherchés:

- aggravation de l'insomnie, cauchemars,
- nervosité, irritabilité, agitation, agressivité, accès de colère,
- idées délirantes, hallucinations, troubles du comportement.

Dans ce cas, vous devez interrompre le traitement et consulter votre médecin.

LYSANXIA® gouttes :

Cette spécialité contient des dérivés terpéniques dans la formule qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques à type de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.

LYSANXIA® comprimé :

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). Respectez les posologies et la durée de traitement préconisées (rubrique posologie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

La prise de ce médicament nécessite un suivi médical renforcé, notamment en cas d'insuffisance rénale, de maladie chronique du foie, d'alcoolisme et d'insuffisance respiratoire.

Un contrôle régulier par votre médecin est nécessaire, notamment du fait du risque de survenue d'idées suicidaires.

La prise d'alcool est formellement déconseillée pendant la durée du traitement.

En cas d'épilepsie ancienne ou récente, DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN.

Lysanxia® 10mg

40 comprimés



6 118000 250289

P.F.V.

23 10

IXOR® (Oméprazole)

IXOR® 20 mg

14 comprimés effervescents



واديّة - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUCTIONS

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés effervescents dosés à 20 mg en boîte de 7, 14 et 28
- Comprimés effervescents dosés à 10 mg en boîte de 7, 14 et 28

COMPOSITION QUALITATIVE

Comprimé effervescent à 20 mg

Oméprazole

Excipient : qsp

Comprimé effervescent à 10 mg

Oméprazole

Excipient : qsp

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Adultes :

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'*Helicobacter pylori* en association à une bithérapie anti gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux *Helicobacter pylori* négatifs ou
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Œsophagite érosive par reflux gastro-œsophagien
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements par AINS chez les patients à risque pour lesquels le traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien

PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Kétoconazole, Itraconazole : diminution de l'absorption de l'azolé antifongique par augmentation du pH intragastrique par l'Oméprazole.

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

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
- Allaitement : en raison du passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- Aspartam
- Sodium : en cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium :
- IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium par comprimé effervescent
- IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium par comprimé effervescent

POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Adulte :

1 - Posologie :

- Eradication de l'*Helicobacter pylori* : 1 comprimé effervescent à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescent à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.

LOT 10031 1
EXP 10/2023
PPV 73DH80

SPECTRUM® 250 & 500 mg B/10 & B/20
SPECTRUM® 750 mg B/10
Comprimés pelliculés
(Cefixime)

Spectrum[®] 500 mg
Ciprofloxacine 500 Comprimés



6 118000 081456

EFFIPRED®

EFFIPRED® 20 mg

(Prednisolone)

PPV 58DH40
EXP 11/2024
LOT 10022 19

effervescent à 5 mg
effervescent à 20 mg

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescent **20 mg**



6 118000 031369

sulfobenzoate de sodium).....5 mg
.....1 comprimé effervescent
g
sulfobenzoate de sodium).....20 mg
.....1 comprimé effervescent

..... systémique, utilisé principalement pour ses propriétés anti-inflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.

د. الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



CMR

د. الدكتور محمد (البراهيمي)

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

30/07/2022

M

ASAKA Pulmo

Honoraires versés

Le	Consultation	5300	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face :	41200	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil		DH
Le	Pléthysmographie / DLCO		DH
Le	Spirometrie - Oscilling		DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie		DH
Le	Polygraphie sous VNI		DH
Le	Gaz du Sang Artériel		DH
Le	Mise en Place de VNI		DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire		DH
Le	Tests Cutanes		DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA		DH
Le	Aerosol + Injection		DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"		DH
Le	Ponction "Pleurale - Simple"		DH
Le	Echographie de repérage		DH
Le	Test de marche de 06 minutes		DH

TOTAL : 500 DH

Consultations :

Pneumophtisiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique
et interventionnelle**

Fibroscope bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد (البراهيمي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. (النصري)

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue

30/05/2022

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur Arabi NACIRI, certifie après examen
que **Madame AJAKA Karima** nécessite a présenté une
infection respiratoire avec allergie.

Certificat remis en main propre pour valoir ce que de droit.

Docteur Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Maladies Respiratoires
5. Bis Rue Ibnou Babik - Maarif
Tél : 05 22 94 93 47