

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

M22- 0028291

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 12616A
 Nom & Prénom : Naji NAIMA
 Date de naissance : 18/08/1952
 Adresse : 22 Rue Rabian el adarania apt n° 7
 Lagrande CASABLANCA
 Tél : 06-60-25-08-62 Total des frais engagés : 391,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENABDALLAH A.
Urgentiste
INPE : 091268268
CENTRE AL KINDY
2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33
CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/08/2022
 Nom et prénom du malade : Naji Naima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ADK utérus
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) : Le : 16 AOUT 2022

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
28/08/2021		9	6	
12/08/2022		9	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Actes
	12/08/22	193,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/07/2022	B 140 + PC 1,84	197,62ms

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 :

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														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 27 JUL. 2022

Mme/Mr. : Naji Naïma

- ☒ NFS + PLAQUETTES
☒ UREE + CREATINEMIE
☐ GLYCEMIE
☐ TRANSAMINASES (TGO + TGP)
☐ XGT + PHOSPHATASES ALCALINES
☐
☐
☐
☐
☐
☐

D'BENNIS MEHDI
 Laboratoire D'ANALYSES MEDICALS
 BAN D'ENG
 Inter Rue Mohamed VI Casablanca
 Tel : 0522 31 92 60 Fax : 0522 44 50 85
 E mail : labobandueng@gmail.com

Dr. BENABDALLAH A.
 Urgentiste
 INPE : 091268268
CENTRE AL KINDY
 2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33
 CASABLANCA

RDV, le : à

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA 22.12.12

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur Abdelhalim BENABDALLAH

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

Me Naji Namine

82,10

1) Euzol

1 cp 1 jour

2) Kepned

36,40 2 cp 1 jour

3) Nauseux

74,90 1 cp 1 jour

193,40

S.V

S.V

S.V

PHARMACIE MOHAMED
64, Rue Bachir Ibrahimi
Casablanca
Tél./Fax : 0522 31 32 61
Dr. PARTSI Abdelilah

Dr. BENABDALLAH A.
INPE Urgentiste
CENTRE AL KINDY
24 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33
CASABLANCA

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | IF : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 2 و 4، رتقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370 Maroc - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01

: +212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

Ce médicament est contre-indiqué dans les situations suivantes :

- la plupart des infections
- certaines maladies

Euzol® 20mg
14 gélules



6 118000 095354

8210

... au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire). Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétysalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) est à éviter.

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT:

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse

patites virales,

l'un des a
NDER L'AV
CIEN.

llance

ente, en ca

diés ou coon, d'intervention

d'hypertension artérielle, d'infection (notamment

antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique,

d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave

(maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions

tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du

risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec un vaccin

vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide

acétysalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) est à

éviter.

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT:

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de

rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement

le traitement mais suivre les recommandations de votre

médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du

traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en

cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress

(fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser

l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse

passage dans le lait maternel.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien

avant de prendre !

SPORT

LOT : 8652
PER : 05-25
P.P.V : 36 DH 40

KOPRED® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

DE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION ET DUREE DE

TRAITEMENT
Posologie

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent :

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin

Mode d'administration

Voie orale.

LOT : 5748
UT. AV : 12-24
P.P.V : 74 DH 90

Natureus® 5 mg
Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118000 095521

• Troubles des règles.
• Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).

• Saignements et hémorragies et surtout chez l'enfant, par exemple, saignements, acné, à l'arrêt du traitement. • Augmentation de la pression artérielle et opacification du cristallin.

• Les effets indésirables non mentionnés ci-dessus peuvent devenir graves. Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité. Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste I

PEREMPTION

Ne pas utiliser KOPRED comprimé effervescent après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2016

PHARMAS
Laboratoires Pharma S

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc
Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

FXT 2 A44900

Casablanca le 12/08/2022

Pharmacie MOULAY

Dr. FARTSI Abdelilah
64 Rue Bachir Ibrahimi
Tél: 05-22-31-32-61

NAJI NAIMA

Facture Nr96 /2022

Quantité	Désignation	Prix	Total
1	EUZOL 20MG BT/14 GEL	82,1	82,1
1	KOPRED 20 MG BT/20CP	36,4	36,4
1	NAUREUS 5MG BTE/30CP	74,9	74,9
			193,4

Total	193,4
Total Adhérent	0,00
Prise en Charge	193,40

Arrêté la présente facture à la somme de:

CENT QUATRE VINGT TRIIZE DHS ET 40 CTS

Patente : 32660910 - R.C : 337926 - CNSS : 6994695 - Rib : 178-780-2121178470290002-06



Dr BENNIS Mehdi

Pharmacien Biologiste
DES en Biologie Clinique

مختبر التحليلات الطبية
باندونغ
LABORATOIRE
Bandoeng

الدكتور مهدي بنيس

إختصاصي في التحليلات الطبية

Spécialisé en Biochimie, Hématologie, Immunologie, Bactériologie, Parasitologie
Prélèvement à domicile



Dossier N° : 280722-017 Pvt du: 28/07/2022 9:59

Nom : Mme NAJI Naima

Casablanca, le 28/07/2022

Compte rendu d'analyses

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION GLOBULAIRE

Erythrocytes	:	3,06 M/mm ³	(4 - 5,3)	2,45 (29/06/22)
Hémoglobine	:	10,80 g/dl	(11,5 - 15,5)	8,30 (29/06/22)
Hématocrite	:	32,40 %	(37 - 46)	24,20 (29/06/22)
VGM	:	105,88 fL	(80 - 95)	98,78 (29/06/22)
TCMH	:	35,29 pg	(27 - 33)	33,88 (29/06/22)
CCMH	:	33,33 g/dl	(30 - 35)	34,30 (29/06/22)
Leucocytes	:	4700 /mm ³	(4000 - 10000)	2300 (29/06/22)
Plaquettes	:	310 Mille/mm ³	(150 - 400)	134 (29/06/22)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	55 % Soit 2585,00/mm ³	(1700 - 7500)	667 (29/06/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	3 % Soit 141,00/mm ³	(Inférieur à 400)	23 (29/06/22)
Polynucléaires Basophiles	:	0 % Soit 0,00/mm ³	(Inférieur à 150)	0 (29/06/22)
Lymphocytes	:	32 % Soit 1504,00/mm ³	(1000 - 4800)	1495 (29/06/22)
Monocytes	:	10 % Soit 470,00/mm ³	(40 - 800)	115 (29/06/22)

Le Biologiste

11 تالنا، محمد الديوري ساحة بوندونغ (أمام رونو درب عمر) محطة طرامواي محمد الديوري - الدار البيضاء

11 ter Rue Mohammed Diouri Place Bandeng (Face Maison Renault Derb Omar) - Tram Arrêt Mohammed Diouri - Casablanca

Tél : 05 22 31 92 60 - Fax : 05 22 44 50 85 - Email : labobandoeng@gmail.com

Patente : 32105102 - C.N.S.S. : 2050277 - I.F. : 43301260 - ICE : 001654942000004

N° Compte Bancaire BMCI PAQUET 013 780 01082 00094100110 48

Mme NAJI Naima

Dossier N° : 280722-017

Page : 2/2

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

CREATININE

Créatinine : 7,10 mg/l (7 - 12) 8,40 (29/06/22)

Débit de filtration glomérulaire (DFG): 81 ml/mn/1.73 67 (29/06/22)

(Selon la formule MDRD ou CKD-EPI si valeur de creatinine basse)

Valeur de référence du DFG en fonction de l'âge :

- ° < 40 ans > 75 mL/min/1.73m².
- ° 40-65 ans > 60 mL/min/1.73m².
- ° > 65 ans > 45 mL/min/1.73m².

Interprétation : (selon la classification internationale MRC en fonction du DFG KDIGO 2009)

Stade	DFG	Définition
G1	> 90 sans marqueur MRC	Pas d'atteinte rénale.
G1	> 90 avec marqueur MRC	MRC avec DFG normal.
G2	60 à 89 avec marqueur MRC	MRC avec DFG légèrement diminué.
G3a	45-59	IRC légère à modérée.
G3b	30-44	IRC modérée à sévère.
G4	15-29	IRC sévère.
G5	< 15 ou dialyse	IRC terminale.

Urée : 0,20 g/l (0,15 - 0,45) 0,20 (29/06/22)

Nous vous remercions de votre confiance

Le Biologiste

11 ثالثا، محمد الديوري ساحة بوندونغ (أمام رونو درب عمر) محطة طرامواي محمد الديوري - الدار البيضاء

11 ter Rue Mohammed Diouri Place Bandøeng (Face Maison Renault Derb Omar) - Tram Arrêt Mohammed Diouri - Casablanca

Tél. : 05 22 31 92 60 - Fax : 05 22 44 50 85 - Email : labobandoeng@gmail.com

Patente : 32105102 - C.N.S.S. : 2050277 - I.F. : 43301260 - ICE : 001654942000004

N° Compte Bancaire BMCI PAQUET 013 780 01082 00094100110 48

Dr BENNIS Mehdi

Pharmacien Biologiste
DES en Biologie Clinique

مختبر التحليلات الطبية
باندونغ

LABORATOIRE

Bandong

الدكتور مهدي بنيس

إختصاصي في التحليلات الطبية

*Spécialisé en Biochimie, Hématologie, Immunologie, Bactériologie, Parasitologie
Prélèvement à domicile*

Facture

N° facture : 2022-1849

Edité le : 28/07/2022

Patient : Mme NAJI Naima

Date prélèvement : 28/07/2022

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	107,20
CREATININE	30	40,20
Urée	30	40,20
Total B	140	187,60
APB	1,0	10,00
Total		197,60

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent Quatre-Vingt-Dix-Sept Dirhams Et 60 Centimes ***

D'BENNIS MEHDI
Laboratoire D'ANALYSES MEDICALES
BANDONG
11 ter Rue Mohammed Diouri Casablanca
Tél: 05 22 31 92 60 Fax: 05 22 44 50 85
Email: labobandoeng@gmail.com

11 ثالثا، محمد الديوري ساحة بوندونغ (أمام رونو درب عمر) محطة طرامواي محمد الديوري - الدار البيضاء

11 ter Rue Mohammed Diouri Place Bandong (Face Maison Renault Derb Omar) - Tram Arrêt Mohammed Diouri - Casablanca

Tél. : 05 22 31 92 60 - Fax : 05 22 44 50 85 - Email : labobandoeng@gmail.com

Patente : 32105102 - C.N.S.S. : 2050277 - I.F. : 43301260 - ICE : 001654942000004

N° Compte Bancaire BMCI PAQUET 013 780 01082 00094100110 48