

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 002141

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société : 129256

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : n° 14 Lot 14 HARES HAYMY RACHID case

Tél : 0664941231 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : MOUMEN BRAHIM Age:

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

Nature de la maladie : Thrombose veineuse

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08-09-2022 | C.S | | 300,00 |  Dr. EL HACHEM EL HACHEM Gastroentérologue endoscopie digestive interventionnelle 101100920 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 08-09-2022 | 465,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

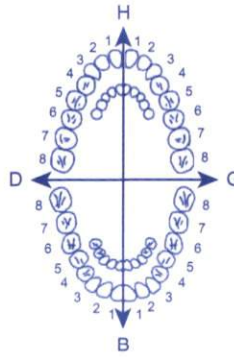
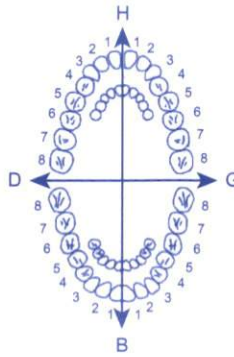
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div> FIN D'EXECUTION </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <div> DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <div> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr> </table> </div> <div> <div> (Création, remont, adjonction) </div> <div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div> DATE DU DEVIS </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance


Casablanca, le :

08/09/22

Novien Bratun.

(73.50x3) Fortax 

2 sachet / j x 1 mois

265.00 - Alflorap: 
1 gel / j x 1 mois

Importateur Exclusif
BIOCDEX MAROC
B.P 126 N° 199
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

T = 465,50



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet
Macrogol 4000

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

- Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.
- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
 - 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. Voir rubrique 4.
 - Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
 3. Comment prendre FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?
 6. Contenu de l'emballage et autres informations.
- 1. QU'EST-CE QUE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique : LAXATIF OSMOTIQUE - code ATC : A06AD15 (A : appareil digestif et métabolisme). FORLAX contient la substance active macrogol 4000 et appartient à un groupe de médicaments appelés laxatifs osmotiques. Il permet d'augmenter la quantité d'eau dans les matières fécales, ce qui aide à résoudre les problèmes liés à un transit intestinal ralenti. FORLAX n'est pas absorbé dans la circulation sanguine et n'est pas modifié dans l'organisme. FORLAX est indiqué pour le traitement de la constipation chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans.

Ce médicament se présente sous forme d'une poudre qu'il faut dissoudre dans un verre d'eau (au minimum 50 ml) et boire. Son effet se manifeste généralement en 24h à 48h. Le traitement de la constipation par un médicament doit être associé à des règles d'hygiène de vie et à une alimentation saine.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?

Ne prenez jamais FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au macrogol (polyéthylène glycol) ou à l'un des autres composants contenus dans le médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une maladie telle qu'une maladie sévère de l'intestin :
 - o Inflammation de l'intestin (telle que rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, dilatation anormale de l'intestin)
 - o Perforation de l'intestin ou risque de perforation de l'intestin
 - o Iléus ou suspicion d'obstruction de l'intestin.
 - o Douleurs abdominales de cause incertaine.

Ne prenez pas ce médicament si vous êtes atteint par l'une des affections citées ci-dessus. En cas de doute, parlez-en

forlax[®] 10g

Macrogol 4000

Enfant de
à votre médecin
médicament.

Avertissement

Adressez-vous
prendre FORLAX
Des cas de réaction
éruption sur la

(angio-œdème) ont été
de médicaments
Des cas isolés de
conduit à des problèmes
respiratoires et à
rapports.

**Si vous présentez
prendre Forlax à votre
médecin.**

Dans la mesure où
engendrer une diminution
pharmacien avant de
• Vous avez une
• Vous prenez des
l'élimination d'un
susceptible d'absorber
sodium (sel) et

En cas de trouble

vous devez vous adresser à votre

médecin ou pharmacien avant de prendre FORLAX.

Autres médicaments et FORLAX

Il est possible que l'absorption d'autres médicaments puisse être transitoirement réduite lors de l'utilisation de FORLAX, en particulier des médicaments ayant un index thérapeutique étroit ou une demi-vie courte comme la digoxine, les antiépileptiques, les coumarines et les immunosuppresseurs, entraînant une diminution de l'efficacité.

Si vous prenez ou avez récemment pris d'autres médicaments, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

FORLAX peut être pris pendant la grossesse et l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Aucune étude sur les effets de FORLAX sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'a été réalisée.

FORLAX contient du sorbitol et du dioxyde de soufre

Ce médicament contient du dioxyde de soufre et peut provoquer des réactions allergiques et une gêne respiratoire.

Ce médicament contient 1,7 mg de sorbitol par sachet.

FORLAX peut néanmoins être utilisé si vous êtes diabétique ou si vous devez suivre un régime exempt de galactose.

Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par sachet, c'est-à-dire qu'il est essentiellement "sans sodium".

3. COMMENT PRENDRE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ?

Lorsque vous prenez FORLAX, respectez toujours ce qui est indiqué dans cette notice ou les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien. En cas de doute, vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien.

maphar
Boulevard Akira n°18
Quartier Industriel S.S. Barmouss Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

LOT : W02181
Exp : 01/2025

maphar
Boulevard Akira n°18
Quartier Industriel S.S. Barmouss Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

LOT : U22908
Exp : 11/2024

maphar
Boulevard Akira n°18
Quartier Industriel S.S. Barmouss Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

LOT : U22908
Exp : 11/2024

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 08/09/2022

Numéro : 114 602



090061862

Nom patient : MOUMEN BRAHIM

Médecin : PR. EL IDRISSI LAMGHARI ABDENNACEUF
Hépto-gastro-entéro

2200557798

PAYANTS

| | Montant |
|--|---------|
| CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE | 300,00 |

| | |
|--|--------|
| Total | 300,00 |
| Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS | |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

ORDRE D'ENCAISSEMENT

220908104350102100

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|---------------------|----------------|----------------------|
| 2200557798 | MOUMEN BRAHIM | 08/09/2022 |

| Mode paiement | | Montant Dhs |
|------------------|-------------------------|----------------|
| Espèces | | 300,00 |
| 220908104350FZ | OE établi par : FZ.AZER | |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Téléphone : 05 29 39 44 27

Fax : 05 29 39 44 27

E-mail : contact@hkm-hcm.ma

N°INP 090301862

Casablanca, le mercredi 7 septembre 2022

COLOSCOPIE TOTALE

| Identification du Patient | Informations administratives |
|---------------------------|---|
| Nom : MOUMEN | Médecin traitant : Pr El Idrissi Lamghari |
| Prénom : BRAHIM | Service : Endoscopie |
| Age : | IPP du patient : 160415113652SA |

INDICATION :

Constipation chronique

Coloscaner : épaissement muqueux antérolatéral droit du bas rectum

PREPARATION :

Boston 4 (CD : 2, CT : 1, CG : 1)

RESULTAT :

- Ascension jusqu'au bas fond caecal
- Rectum, Sigmoïde, Colon gauche, Colon transverse, Colon droit, Coecum : muqueuse sans anomalies
- Dolichocôlon +++
- Hémorroïdes internes prolabées et congestives.

CONCLUSION :

Coloscopie normale dans les limites de la préparation.

Dolichocôlon +++

Anite hémorroïdaire.

Signature :

Hôpital Universitaire Mohammed VI
Pr. EL IDRISSI LAMGHARI
Gastroentérologie Endoscopie
Digestive Interventionnelle
101106920



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
S.O.P.S. P.H.U. H. I. H. K.

08/09/22

10 52 18

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000041010

DEBIT MASTERCARD

DEBIT MASTERCARD

532196*****7361

08/30 CARTE NATIONALE

08-0-0000-0-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173637

Num Transaction : 000009

Num Autorisation : 180972

Num STAN : 008994

MONTANT : 150,00 MAD

DEBIT

DUPLICATA

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
S.O.N.S. FORMATION DES DOCTEURS

08/09/22

10:51:18

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

A0000000041010

DEBIT MASTERCARD

DEBIT MASTERCARD

532196*****7361

08/30 CARTE NATIONALE

220-0-0-55

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173637

Num Transaction : 000008

Num Autorisation : 341323

Num STAN : 008993

MONTANT : 150,00 MAD

DEBIT
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**