

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0023241

130911

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HOS Abderrahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0023241

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- | | | | |
|-------|--|-------|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiques par la sage femme |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiques par un Orthophoniste |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiques par un aide-orthophoniste |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R - Z | = Electro - Radiologie |
| PC | = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialités | | |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps. | - LES CURES THERMALES |
| | - LA CIRCONCISION |
| | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE. |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 032504

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Abdelhak
Matricule : 10581 Fonction : Surintendant Poste : 91/14
Adresse : Box 101, Hayat 91, Benelmekki
Tél. : 06 61 3189 86 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL HOR Abdelhakim Age : 22 / 02 / 1969
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 22/01/2002
Nature de la maladie : maladie rénale
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A CASABLANCA le 22/08/2002 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :

N° 032504



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
21/08/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	21.08.22	1468,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

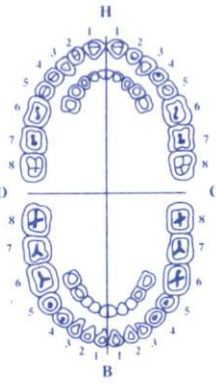
VOLET ADHERENT

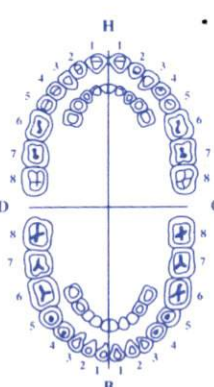
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D 00000000</td><td>00000000 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>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000 G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H														
	25533412	21433552													
	D 00000000	00000000 G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT 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



Chef de Département
Néphrologie Hémodialyse Transplantation Rénale
Clinique Chekh Zayd - Rabat

Ex Chef de Service
Néphrologie Hémodialyse Polyclinique CNSS Derb
Ghalef Casablanca

الدكتورة هاشم رضا فاتن
إختصاصية في أمراض الكلى

Dr Hachem Reda Fatem
Médecin Néphrologue

ORDONNANCE

PPV: 49,60 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I29
EXP: 09/2024

3+26/20 2018/2022
Lysapine 100
Après repas 1cm.
4+46/40 Alta 1cm
Après repas 1cm.
5+13 initiale 1cm
Après repas 1cm.
04+1255 Ferline 1cm
Après repas 1cm.
05+42/20 Carlip 1cm
Après repas 1cm.
02+49/60 Dem fort 1cm
Après repas 1cm.
77,6 Vitamine B12 1cm
Après repas 1cm.

LOT: 50001/FC50
PER 01/2024
PPC 27.50

312, Bd Oum Rabiaa, Quartier Oulfa - Casablanca - Tél : (+221) 05 22 93 89 14/06 72 54 14 29
www.centrebismillah.ma - e-mail : hachem.doc@gmail.com

Prière rapporter l'ordonnance à la prochaine consultation

99,000 lizyph upn Apr 2024 le matin

(S.V)

REF. 317MA
X1014 0323
LOT PER 7
Prix 99.00

[Large handwritten signature]

PHARMACIE CHAWKI
DR. A. CHAWKI ELAMARI
c/o Lot Maknout 2, 26200 Deraa
Tel : 05 22 33 27 56

CHAWKI
ELAMARI
26200 Deraa

Lot N° : FL08
Exp : 09/2024
PPC : 125.50 DH

Lot N° : FL07
Exp : 07/2024
PPC : 125.50 DH

Lot N° : FL08
Exp : 09/2024
PPC : 125.50 DH

Lot N° : FL08
Exp : 09/2024
PPC : 125.50 DH

CALCIFIX D₃

30 comprimés

Rembou



6 118000 02140

42,20

CALCIFIX D₃

30 comprimés

Rembou



6 118000 021407



cin ou à votre

ersonnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de

symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

riez avoir besoin de la relire.

CALCIFIX D₃

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021407

ET QUANTITATIVE

ndant à calcium élément..... 500 mg

10 UI/g* correspondant à cholécalciférol (vitamine D₃) 400 UI

q.s.p. un comprimé

Excipients

hatocophérol, de graisses alimentaires, de gélatine, de saccharose et d'amidon de maïs.

CALCIFIX D₃

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021407

PRÉSENTATION

à sucer.

TIQUE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

CALCIFIX D₃

30 comprimés

Remboursable AMO



6 118000 021407

nces en calcium et en vitamine D.

nts de l'ostéoporose, lorsque l'apport de calcium et de vitamine D

UTILISER CE MÉDICAMENT ?

RE UTILISÉ dans les cas suivants :

- antécédents d'hypercalcémie ou d'hypercalciurie,

utilisation prolongée

ment élevée (hypercalcémie),

(hypercalciurie),

42,20

42,20

42,20

إينيكال 5 ملغ، علب من فئة 14، 30 و 60
إينيكال 10 ملغ، علب من فئة 14، 30 و 60
(التسمية للتداول دولياً : أملوديبين)

يرجى الاطلاع على هذه النشرة بشأن قبل تناول هذا الدواء.
احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.
إذا كنت لديك أسئلة أخرى، اطلب المزيد من المعلومات من الصيدلي.

لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأن ذلك يمكن أن يلحق به ضرر.
إذا أحسست بأحد الأعراض غير المرغوب فيها، أو وجود عارض غير مذكور في هذه النشرة أخبر الطبيب أو الصيدلي.

1) ما هو إينيكال وما الحالات التي يستعمل فيها هذا الدواء؟

الصف الصيدلي - العلاجي:
يحتوي إينيكال على المادة الفعالة أملوديبين وينتمي إلى مجموعة أدوية مثبطات قنوات الكالسيوم.

ما هي الحالات التي يستعمل فيها هذا الدواء؟
يستعمل إينيكال في علاج ارتفاع الضغط الشرياني (ضغط الدم المرتفع) أو نوع معين من الألم الصدري الناجم عن الذبحة الصدرية، ومن بينها شكل نادر، ذبحة برنزييتال.

يؤثر هذا الدواء على المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم بإرخاء الأوعية الدموية، بحيث يساعد الدم على السريان بسهولة في الأوعية الدموية.

يؤثر إينيكال على المرضى الذين يعانون من ذبحة صدرية وذلك بتحسين تدفق الدم إلى عضلة القلب، مما يساعد عضلة القلب على تلقي المزيد من الأكسجين ومنع ظهور آلام في الصدر. إن هذا الدواء لا يوفر علاج فوري لآلام الصدر المرتبطة بالذبحة الصدرية.

2) فوائدهما قبل أخذ إينيكال 5 أو 10 ملغ

10 ملغ في حالة:
من أملوديبين أو لأي من مكونات هذا الدواء، والتي يمكن أن تؤدي إلى حكة، احمرار، طفح، أو تورم.

أو قلبية المنشأ.
هال.
قبل أخذ إينيكال.

يك أو سبق لك الإصابة بأي من الحالات
زمنة ارتفاع ضغط الدم)

ال دون 6 سنوات، يجب استعمال
شرياني لدى الأطفال والمراهقين ما بين
المرجو استشارة الطبيب.

إذا كنت تتناول
المرجو استشارة الطبيب.

المرجو استشارة الطبيب.

المرجو استشارة الطبيب.

المرجو استشارة الطبيب.

المرجو استشارة الطبيب.

LOT : 211892

EXP : 11/2024

PPV : 43,00 DH

inikal® 5 mg
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg
30 comprimés



6 118000 340126

inikal® 5 mg
30 comprimés



6 118000 340126

LOT : 211892

EXP : 11/2024

PPV : 43,00 DH

LOT : 210740

EXP : 04/2024

PPV : 43,00 DH

۱۱ صبح مختصر

100

فائدة من العلاج والحسن السر

100 ملغ :
سوانحات لما يكفي :
سوانحات ذات تأثير معلوم : لاكتوز

- علاج ارتفاع نبوت الدم العرضي البدائي أو الثانوي .
- علاج النقرس .
- علاج ارتفاع نبوت الدم أو الداء الحصوي البوليكلي .
- علاج الوقاية من الحصى البوليكلي .
- الوقاية من الانتكاسة بالحصى الكلبي .

المقادير:

عند الطفل : 20 ملغ / كـلـغ / قـبـل الـيـوم

- إرتفاع نبولت الدم اللأ أعراضى المعتدل، لیس بمؤشر عن العلاج بالالوبورينول .

الاحتياطات عند الاستعمال:

الحمل والرضاعة :

أجهزة الدموي و اللحمقوى : نادرا: تغيير التركيبة الدموية، و نادرا جدا: توقف النمو النخاعي. عند المرض المصابين بالفصير الكلوي.

غشاء الفم

كل ناسب غير مرغوب فيه حدث أثناء العلاج يجب إخبار الطبيب المعالج به أو الصيدلاني .

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

المجلد: ١٠٠، العدد: ١، السنة: ١٤٢٠هـ

ALTEC® 5 mg

Ramipril

30 gélules



ALTEC® 5 mg

Ramipril

30 gélule



Excipients

q.s.p.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

version (IEC) non associé.

UTILISER CE MEDICAMENT

ALTEC® 5 mg

Ramipril

30 gélule



ATTENTION !

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

ALTEC® 5 mg

Ramipril

30 gélules



6 118000 360018

cas suivants :

- En association avec les diurétiques hyperkaliémiants, sels de potassium, lithium et estramustine : cf Interactions.
- Sténose bilatérale de l'artère rénale ou sur rein fonctionnellement unique.
- Hyperkaliémie.

cours du 1er trimestre de la grossesse. CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN. **PRECAUTIONS D'EMPLOI :** UTILISER ce médicament AVEC précaution dans les cas suivants :

• Anémie avec baisse du taux d'hémoglobine et/ou de la créatinine. Des réactions anaphylactoïdes ont été observées chez des patients atteints de diabète sucré avec dyspnée et baisse tensionnelle.

PRECAUTIONS D'EMPLOI : UTILISER ce médicament AVEC précaution dans les cas suivants :

- Enfant.
- Régime désodé strict ou traitement par diurétiques.
- Sujet âgé.
- Sujet ayant une athérosclérose.
- Les patients en insuffisance rénale.
- Les patients en insuffisance hépatique.
- Les patients en insuffisance cardiaque.
- Les patients diabétiques insulino-dépendants.
- Les personnes qui vont subir une intervention chirurgicale.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

INTERACTIONS
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS, il est recommandé de ne pas associer ce médicament à d'autres médicaments, sauf avis contraire du médecin. Ce médicament est également prescrit chez les patients atteints d'hypertension artérielle ou de l'insuffisance cardiaque. SYSTEMATIQUENENT TOUT AVANT D'UTILISER CE MEDICAMENT, A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE
L'interruption volontaire de grossesse est contre-indiquée. En cas de découverte fortuite d'une grossesse, la conduite à tenir est à discuter avec le médecin. En revanche, la découverte d'une grossesse pendant toute la grossesse nécessite une surveillance accrue. Aux 2^e et 3^e trimestres, la prise de ce médicament est contre-indiquée.

ALLAITEMENT
En l'absence de données, l'allaitement est déconseillé chez la femme qui prend ce médicament. D'UNE FAÇON GENERALE, IL EST CONSEILLE D'EVITER L'ALLAITEMENT PENDANT TOUT LE TRAITEMENT.

CONDUITE ET UTILISATION
En début de traitement, une surveillance est recommandée.