

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-509073

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6332 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL FAVEL MOHAMED
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 06 68 74 56 70 Total des frais engagés : 300,00 + 250,00 + 70,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : EL FAVEL NASIA 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 : 16 / 02 / 2023
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
13/12/22	C2		300 DH	INP : 09 17 05 900

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13/12/2022	13/12/2022	259,40
17/01/2023	17/01/2023	102,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/12/22	K3	400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins
Hémorroïde fistule fissure
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie
Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي ، المرارة ، الأمعاء
أمراض المخرج وجراحة البواسير
الكشف بالمنظار والصدى
التغذية العامة

Casablanca le 13/12/2022

Mme LAHSINI NAJIA

Ep. EL Fadel

AULCER 20MG

102,00
1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 15 jours

ARGO SIROP

31,50
1 Cuillère à soupe le matin, 1 Cuillère à soupe le midi, 1 Cuillère à soupe le soir
après le repas pendant 1 semaine

ALIVIAR GELULE 50 MG BOITE DE 20

27,00
1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 1 mois

~~ANXIOL COMPRIMÉ SECABLE 6 MG BOITE DE 30~~

12 Comprimé le soir après le repas pendant 1 mois

TRANSYL

89,90
2 Gélules le matin, 2 Gélules le soir avant le repas pendant 2 mois

250,40
☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca 7, زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء

📞 : Ikramhallouly - ✉ : halloulik@gmail.com

22/12/2022

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22091
PER: 02/2025
PPV: 102,00 DH

TRANSYL

CASCARA SAGRADA • FENOUIL • GENTIANE •
RHUBARBE • TAMARIN • ES PSYLLIUM • ALOE FEROX

TRANSYL

LOT : CA182A

DLUO : 12/2024

PPC : 89.90 DH

PHARMA CONNECT

COMPOSITION :

CASCARA SAGRADA	28 mg
FENOUIL	53.4 mg
GENTIANE	16 mg
PISSENLIT	10.7 mg
RHUBARBE	28 mg
TAMARIN	12 mg
ES PSYLLIUM	42 mg
ALOE FEROX	64 mg
MALTODEXTRINE	30 mg
STEARATE DE MAGNESIUM	15 mg
CELLULOSE MICROCRISTALLINE	40.9 mg
Gélule végétale	95 mg
Poids Net Total Gélule	435 mg

PROPRIETES :

Transyl est un complément alimentaire qui aide à la régularité et à l'élimination. Ce mélange de plantes médicinales permet de régulariser la digestion et d'obtenir un soulagement en douceur de la constipation.

CONSEIL D'UTILISATION :

2 gélules par jour à avaler avec un grand verre d'eau.
Ne pas dépasser 6 jours de traitement.

PRÉCAUTION :

- A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.
- Tenir hors de portée des enfants
- La prise de TRANSYL ne peut être considéré comme substitut à un régime alimentaire varié.

PYROSIX

Suspension buvable

Alginate de sodium - bicarbonate

PYROSIX

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH



FORME ET PRESENTATION :

Suspension buvable / Flacon de 250 ml.

COMPOSITION :

Alginate de sodium anhydre.....5,000 g
Bicarbonate de sodium.....2,670 g
Excipients q.s.p.100 ml

Excipients à effet notoire : sodium - parahydroxybenzoate de méthyle et parahydroxybenzoate de propyle

PROPRIETES :

PYROSIX® exerce une action antiacide et anti-reflux.

- Sa composition alcaline permet de remonter le pH dans la partie supérieure de l'estomac procurant ainsi un effet de soulagement.
- En se plaçant au dessus du contenu gastrique et grâce à sa transformation en gel visqueux et épais, il constitue une barrière mécanique aux reflux et remontées gastriques acides.

INDICATIONS :

PYROSIX® est indiqué dans le traitement du reflux gastro-œsophagien qui se traduit par des brûlures d'estomac (pyrosis), des remontées ou renvois acides et des aigreurs d'estomac.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

PYROSIX® peut être administré à la femme enceinte ou allaitante, si besoin.

Demander conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant utilisation.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Posologie :

2 cuillères à café (soit 10 ml) 3 fois par jour après les 3 principaux repas et éventuellement le soir au coucher.

Cette posologie peut être doublée en cas de reflux ou d'inflammation œsophagienne sévères.

Mode d'administration :

PYROSIX® doit être pris par voie orale.

Bien Agiter le flacon avant l'emploi.

Fréquence d'administration :

PYROSIX® doit être pris après les repas.

CONTRE-INDICATIONS :

Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

PYROSIX® contient du sodium. A prendre en compte chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

PYROSIX® contient du parahydroxybenzoate de propyle et du parahydroxybenzoate de méthyle et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

Ne pas utiliser PYROSIX® si la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur est dépassée.

En cas de doute demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

PYROSIX® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.

EFFETS INDESIRABLES :

Comme tous les médicaments, PYROSIX®, suspension buvable en flacon est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

- Constipation éventuelle, qui est exceptionnelle grâce à la présence d'alginate ;
- En cas d'utilisation prolongée risque d'augmentation du taux de calcium dans le sang avec risque de néphrolithiase et d'insuffisance rénale ;

- Réactions allergiques (urticaire, difficultés respiratoires).

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

PYROSIX® interagit avec de nombreux médicaments et peut modifier leur absorption.

Les antiacides interagissent avec certains autres médicaments absorbés par voie orale.

Nécessitant des précautions d'emploi :

On constate une diminution de l'absorption digestive des médicaments administrés simultanément. Par mesure de précaution, il convient de prendre les antiacides à distance des autres médicaments.

Espacer la prise de PYROSIX® de plus de 2 heures, si possible, avec :

- Antibactériens-antituberculeux (éthambutol, isoniazide), voie orale ;
- Antibactériens-cyclines (voie orale) ;
- Antibactériens-lincosamides (voie orale) ;
- Antihistaminiques H2 (voie orale) ;
- Aténolol, métoprolol, propranolol (voie orale) ;
- Chloroquine (voie orale) ;
- Digoxine (voie orale) ;
- Diphosphonates (voie orale) ;
- Fluorure de sodium ;
- Hormones thyroïdiennes ;
- Glucocorticoïdes (voie orale ; décrit pour la prednisolone et la dexaméthasone) ;
- Indométacine (voie orale) ;
- Kayexalate (voie orale) ;
- Kétoconazole (voie orale) ;
- Lansoprazole ;
- Neuroleptiques phénothiaziniques (voie orale) ;
- Pénicillamine (voie orale) ;
- Sels de fer (voie orale) ;

ORDONNANCE

INPE: 091265900
Tél: 0522237005 / 0522471680
7, Rue Oudhyan Casablanca
GISTAD-INTEROCCUP
Docteur IKRAM HALLOULY

Le : 17 Janv 2023

Mr LAHSINI NASSA

1/ ~~Aulcer 20g Gel~~
1 gel / le Mat
102,00

AMM N° : 570/17 DMP/21NRQ

LOT : 22051
PER : 12/2024
PPU : 102,00 DH

صيدلية السالمية
PHARMACIE SALMIA
Mme. LENTINI Fozzie
Pharmacie
86, Ed. El Soulane Salmia II
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 33 21 70

INPE: 091265900
Tél: 0522237005 / 0522471680
7, Rue Oudhyan Casablanca
GISTAD-INTEROCCUP
Docteur IKRAM HALLOULY



Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins
Hémorroïde fistule fissure
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie
Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي، المرارة، الأمعاء
أمراض المخرج وجراحة البواسير
الكشف بالمنظار والصدى
التغذية العامة

Casablanca, le 13/12/22

NOTE D'HONORAIRES
DE M^{me} Lahsini Nagua Ep. EL Fadd

Echographie abdominale : K30 400,00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80



: 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca 7, زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء

📧 : Ikramhallouly - ✉ : halloulik@gmail.com

DOCTEUR IKRAM HALLOULY
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي
إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins
Hémorroïde, Fistule, Fissure
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie
Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي، الحدة، المرارة، الأمعاء
أمراض الخرج وجراحة البواسير
الكشف بالمنظار والصدى
التغذية العامة

13/12/2022

Casablanca, le

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE DE MME LAHSINI NAJIA

Ep EL Fadel

- * Les différentes coupes réalisées montrent :
- * Un foie hypéréchogène homogène et de contours réguliers.
- * La vésicule biliaire siège d'un microcalcul de 6 mm.
- * La voie biliaire principale est de calibre normal.
- * Les deux reins, le pancréas et la rate sont échographiquement normaux.
- * Importante distension colique.
- * Pas d'épanchement péritonéal.
- * Pas d'adénopathies profondes.
- * A compléter par Bilan biologique

DR. HALLOULY

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

📍 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca - الدار البيضاء - شارع محمد الخامس

📧 ikromhallouly - 📧 halloulie@gmail.com