

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

Declaration de Maladie

N° W21-808521

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1520 Société : 2AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
Nom & Prénom : MANABE HASSAN
Date de naissance : 15/05/1951
Adresse : 32 Rue du BRYSTOL MARABUT
Tél : 0661 464646 Total des frais engagés : 1194,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/05/2023
Nom et prénom du malade : MANABE HASSAN Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : D.M. + H.P. + App. R.
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 p/ à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 7

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/2023	942.20

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

الدكتورة لبنى قباچ

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة التخصصات للضمان الإجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري كلية الطب مونتبولى
- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 28/06/2023 في الدار البيضاء

MR MANANE HASSAN

- Hytacand 16 mg/12,5 - comprimé
2 Comprimé, matin, pendant 3 mois
- Levothyrox 100 µg - comprimé sécable
1 comprimé le matin pendant 3 mois
- Deroxat 20 mg - comprimé pelliculé sécable
1 comprimé, matin pendant 3 mois
- Glucophage 850 mg - comprimé pelliculé
1 comprimé midi soir pendant 3 mois
- Medizapin 2,5 mg - comprimé
1 Comprimé, soir pendant 3 mois
- Rosuva 10 mg - comprimé
1 Comprimé, matin pendant 3 mois
- Omiz 20 mg - gélule
1 Gélule, matin, soir pendant 3 mois
- Rectis 5 mg - Comprimé
1 Comprimé, soir pendant 3 mois

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1er étage, bureau 109 - Casablanca

Patente 34700377 - ICE : 001619698000022

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

مجمع عبد المومن: زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال الطابق الأول
الرقم 109 الدار البيضاء

Microgranule

O

04/18

PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ® 20mg

Omeprazole

Excipients q.s.p. 20 mg

Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

OMIZ® 10mg

Omeprazole

Excipients q.s.p. 10 mg

Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

- Ulcère duodénal évolutif

- Ulcère gastrique évolutif

- Gastrophagie érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.

- Traitement d'entretien des ulcères gastroduodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.

- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.

- Syndrome de Zollinger-Ellison.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.

- 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament

- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Microgranule

O

04/18

PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ® 20mg

Omeprazole

Excipients q.s.p. 20 mg

Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

OMIZ® 10mg

Omeprazole

Excipients q.s.p. 10 mg

Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

- Ulcère duodénal évolutif

- Ulcère gastrique évolutif

- Gastrophagie érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.

- Traitement d'entretien des ulcères gastroduodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.

- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.

- Syndrome de Zollinger-Ellison.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.

- 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament

- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

42,00



en gélule

PRESEN

- OMIZ® 20 mg** : Boîte de 7 gélules
 Boîte de 14 gélules
 Boîte de 28 gélules
- OMIZ® 10 mg** : Boîte de 7 gélules
 Boîte de 14 gélules
 Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

- OMIZ® 20mg**
- Oméprazole.....20 mg
 Excipients q.s.p.....1 gélule
 Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

- OMIZ® 10mg**
- Oméprazole.....10 mg
 Excipients q.s.p.....1 gélule
 Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :
 - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale,
 - Ulcère duodénal évolutif,
 - Ulcère gastrique évolutif,
 - Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
 - Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
 - Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
 - Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
 - Syndrome de Zollinger-Ellison,
 - Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
 - Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Pe
 Les

rés
 - Traite
 La poso
 Dans les
 - Syndr
 et le trait
 Pour des pos
 - Traitement de
 semaines.
 - Traitement prév
CHEZ L'ENFANT :
 Œsophagite par re
 - Enfant de 10 à 20
 - Enfant de plus de
 Chez les enfants de
 contenu doit être de
EFFETS INDESIR
 Effets indésirables
 Maux de tête, d
 Effets indésir
 Sensation v
 Effets in
 Confusio
 gynécop
 sanguin
 articu
 des le
 visio
 Si

SYNTHEMEDIC
 22 rue Soubeir benou al aouam roches
 noires casablanca
HYTACAND
 16 mg/12,5 mg Cpr
 Bte de 30
 29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH
 6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
 22 rue Soubeir benou al aouam roches
 noires casablanca
HYTACAND
 16 mg/12,5 mg Cpr
 Bte de 30
 29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH
 6 118001 020898

SYNTHEMEDIC
 22 rue Soubeir benou al aouam roches
 noires casablanca
HYTACAND
 16 mg/12,5 mg Cpr
 Bte de 30
 29 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH
 6 118001 020898

Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH
 6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH
 6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH
 6 118001 102020

PPV: 193DH10
 CODE No.: MPDRUGS/25/2/83
 Médicament Autorisé N° 213/14 DMP/21/NNP
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
 احترم الجرعات المجددة
 Tableau A (Liste I)