

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6755 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MUSTAPHA EL ADDIL

Date de naissance :

01/01/1963

Adresse : 46 Rue cheikh maz EL HINAYNE - H. RATHA BERRECHID

Tél. 0658975810

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zerrouh Layla
Dermatologue-vénéréologue
Chirurgie de la peau
Medecine esthétique et lasers
INPEL 15107550

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : EL ADDIL Ayn Age : 18 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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 : BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) :

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

ACCUEIL
Centre 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MAROCAINE BERRECHID SAIDI Dr. MUSTAFA Hay Erraha 6 Tel.: 0524 71 11 11</i>	14/12/2023	997,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/12/2023		430,000 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX

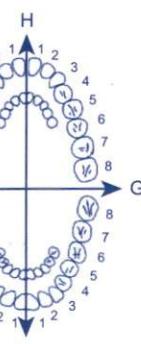
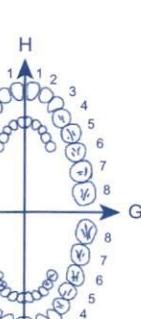
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ZERIOUH LAYLA

Dermatologue-vénéréologue

Spécialiste des maladies et de la chirurgie de la peau, des ongles et des cheveux.

Les maladies sexuellement transmissibles.

Médecine esthétique et lasers.

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca.

Diplôme des lasers médicaux de la faculté de médecine de Rabat.

Ancien médecin à l'hôpital provincial de Taza.

Ancien médecin à l'hôpital provincial de Dar Bouazza



د. زريوح ليلى

أخصائية في أمراض وجراحة الجلد،

الشعر والأظافر، الامراض المنقولة جنسيا.

طب التجميل والليزر.

خريجة كلية الطب بدار البيضاء.

دبلوم الليزر الطبي بكلية الطب الرباط.

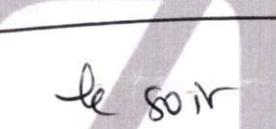
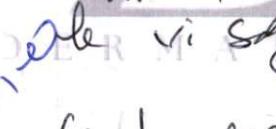
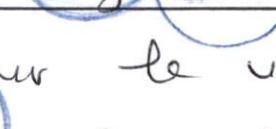
طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي بنزرت.

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي بدار بو عزة.

ORDONNANCE

Berrechid le : 14 / 12 / 2023 برشيد في :

EL ADDIL AYA

- 1) - 373,00 Acno 30 mg 
1 mg le soir pd 
- 2) - 160,00 Keracnyl 
1 mg x 2/j sw 
al v/sge 
- 3) - 200,00 Centaurea gel 
pour redonner le visage 
- 4) - 30,00 Lipo size gel . ophthalmique 
1 goutte x 3/j des chaque oeil

2ème étage , bureau 8, N° 344, Lot Nasrollah (en face de Carrefour) , BERRECHID - Tél : 0522327624

رقم 344 الطلاق 2 مكتب 8، تجزئة نصر الله (أعلم) Carrefour (الهاتف : 05 22 32 76 24)

5)

930,0

Helio care oil-free
Gel



80 fcs

1 m / 24 si exposition

solaire

$T = 997,0$

Dr. Zerfouni Layla
Dermatologue et Chirurgie de la peau
Chirurgie esthétique et lasers
Medecine esthétique 0521 9755

PHARMACIE MAROCAINE
BERRECHID SARL AL
Dr. Mustapha El AZIZI
Hay Errara E N° 122 63 63
Tel: 05 23 22 63 63
Berrechid

RDV 13/01/2013



liposic®

carbomère 980

Gel ophtalmique

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement de votre maladie.

Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

La substance active est :
le carbomère 980 200 mg
pour 100 g de gel ophtalmique

Les autres composants sont : cétrimide, sorbitol, triglycérides à chaîne moyenne, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

TITULAIRE de l'AMM / DETENTEUR de la DE:

Laboratoire CHAUVIN

416 rue Samuel Morse - CS 99535

34961 Montpellier Cedex 2 - FRANCE

AMM France n° 259 310 16

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

Toutes les préparations ophtalmologiques peuvent causer une sensation de gêne lors de l'instillation.

Attendez quelques minutes le temps que votre vision soit redevenue claire avant de conduire ou d'utiliser toute machine.

3. COMMENT UTILISER LIPOSIC®, gel ophtalmique ?

Voie locale - EN INSTILLATION OCULAIRE. Le traitement de l'œil sec nécessite que la posologie soit adaptée individuellement. A titre indicatif, la posologie habituelle est de 1 goutte, 3 à 5 fois par jour dans l'œil (les yeux) malade(s) selon la gravité des symptômes, approximativement 30 minutes avant le coucher.

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

Instructions pour l'utilisation :

Rx

Isotrétinoïne C

ACN

Veuillez lire attentivement cette médicament car elle contient des info

Gardez cette notice. Vous pourriez avo

Si vous avez d'autres questions, interrogez pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement p d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, n maladie sont identiques aux vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indé médicin ou votre pharmacien. Ceci s'applique a qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

COMPOSITION:

La substance active est :

Isotrétinoïne.....	10 mg
Isotrétinoïne.....	20 mg
Isotrétinoïne.....	30 mg

EXCIPIENTS : Huile de soja raffinée, huile végétale hydrogénée, cire d'abeille jaune, hydroxyanisole butylé, hydroxytoluène butylé, lécithine de soja, siméthicone, colloïdale silicone dioxide, gélatine.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Huile de Soja, lécithine de soja.

FORME ET PRÉSENTATION :

ACNO® 10 mg Capsule molle Boite de 30

ACNO® 20 mg Capsule molle Boite de 30 et 60

ACNO® 30 mg Capsule molle Boite de 30

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Préparations antiacnéiques à usage systémique. Code ATC:D10BA01

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ACNO® est indiqué pour le traitement des acnés sévères (telles que acné nodulaire, acné conglobata ou acné susceptible d'entraîner des cicatrices définitives) résistantes à des cures appropriées de traitement classique comportant des antibiotiques systémiques et un traitement topique.

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Conseils pour la vie de tous les jours :

Acno 30

30 Capsules



30

كبسولة



6 118001 211771

PPV : 373,00 DH

us à votre médecin avant de prendre ACNO® :

técédents de dépression ou d'autres troubles psychiques ou des problèmes avec vos reins. Votre médecin pourra être amené à adapter la posologie d'isotrétinoïne ; rcharge pondérale, de diabète sucré, de taux élevé de cholestérol dans le sang ou de consommation excessive d'alcool. Dans ces situations, une élévation des taux sanguins de sucre et de être observée.

Si dans l'une de ces situations, votre médecin peut être amené à régulièrement des prises de sang. surveillance de votre glycémie pendant la durée du traitement en sucre.

des problèmes avec votre foie.

ACNO® peut augmenter le taux des transaminases (enzymes). Votre médecin vous prescrira des prises de sang régulières, pendant le traitement, pour vérifier l'état de votre foie. action persistante de ces enzymes peut conduire votre médecin à la posologie d'ACNO® ou à interrompre le traitement.

antécédents de troubles intestinaux. immédiatement le traitement et consultez rapidement un médecin

nez enceinte pendant le traitement ou dans le mois qui suit son

antez :

difficultés à respirer, des démangeaisons et/ou une éruption cutanée.

Cela peut être lié à une réaction allergique au traitement.

Des maux de tête avec des nausées, des vomissements ou une baisse de la vision.

De violentes douleurs au ventre, des nausées ou des vomissements, ou une diarrhée sévère avec du sang dans les selles.

Des difficultés voire une impossibilité d'uriner.

Une altération de la vision nocturne et/ou des troubles visuels.

Des troubles psychiques et notamment des signes de dépression (sensation de tristesse, crises de larmes, idées suicidaires, éloignement de la vie sociale ou familiale).

Si le blanc de vos yeux devient jaune et que vous vous sentez fatigué.

Ce médicament contient de l'huile de soja et peut provoquer des réactions d'hypersensibilité (urticaire, choc anaphylactique).

Mises en garde concernant les patients de sexe féminin :

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

ACNO® est formellement contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement. La grossesse et l'allaitement sont des contre-indications absolues du traitement par isotrétinoïne.

ACNO® est tératogène. Cela signifie que si vous êtes enceinte pendant le traitement, ou dans le mois qui suit le traitement, ce médicament peut provoquer de graves malformations pour l'enfant à naître :

Ne prenez pas ACNO® si :

Vous êtes enceinte, si vous avez l'intention de le devenir à un quelconque moment du traitement ou dans le mois qui suit son arrêt.

Vous allaitez, car l'isotrétinoïne peut passer dans votre lait et affecter le bébé.

Dr ZERIOUH LAYLA

Dermatologue-vénéréologue

Spécialiste des maladies et de la chirurgie

de la peau, des ongles et des cheveux.

Les maladies sexuellement transmissibles.

Médecine esthétique et lasers.

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca.

Diplôme des lasers médicaux de la faculté de médecine de Rabat.

Ancien médecin à l'hôpital provincial de Taza.

Ancien médecin à l'hôpital provincial de Dar Bouazza



د. زريوح ليلي

أخصائية في أمراض وجراحة الجلد،

الشعر والأظافر، الأمراض المنقولة جنسيا.

طب التجميل والليزر.

خريجة كلية الطب بدار البيضاء.

دبلوم الليزر الطبي بكلية الطب الرباط.

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي بنزارة.

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي بدار بوعزة.

ORDONNANCE

Berrechid le : 11/12/2023 برشيد في :

EL ADDEL AYA

1) - NFS

2) - Transaminase

3) - Bilan lymphatique complet



DERMATOLOGUE

Dr. Zeriouh Layla
Dermatologue-vénéréologue
Chirurgie de la peau
Medecine esthétique et lasers
INPE: 151187538

C.N. 172413.7

PZN10628107
CNP 6944264



8 470001 724137

BATCH / LOT.:

22K670



cantabria labs

HELIOCARE

360°

Gel Oil-Free

SUNSCREEN
PROTECTOR SOLAR
DRY TOUCH
TOQUE SECO

BROAD SPECTRUM

UVB/UVA
HEVL/IR-A

$\lambda_c \geq 370\text{nm}$
Critical wavelength

PA++++



Fernblock[®]+
Photoimmunoprotection Technology

FACTURE N°: 23014084**BERRECHID : 13/12/2023****Nom et Prénom ... : Madame Aya ELADDIL****Prescripteur : Dr. ZERIOUH LAYLA****Bilan :**NFS B80+ CHOL B30+ TRIG B50+ HDL B50+
LDL B50+ LIPT B30+ GOT B50+ GPT B50+**Montant Net : 439,00 Dhs****Arrêtée la présente facture à la somme de:***Quatre cent trente neuf Dirhams et zéro centime*

Dr. A HAWAZINE



INPE 063060990

Dr. ZERIOUH LAYLA

Date du prélèvement : 13/12/23

Dossier édité le : 13/12/2023

Code Patient : 159609



Mme ELADDIL Aya

Page : 1 /2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

131223 023

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)
GLOBULES ROUGES : 3,95 M/ μ l (3,8 à 5,4)

HEMOGLOBINE : 12,20 g/dL (12,5 à 15,5)

HEMATOCRITE : 36,00 % (37 à 47)

V.G.M : 91,14 μ 3 (82 à 98)

T.C.M.H : 30,89 pg (>OU= 27)

C.C.M.H : 33,89 % (32 à 36)

PLAQUETTES : 274 000 /mm³ (150 000 à 400 000)

GLOBULES BLANCS : 5 680,00 /mm³ (4 000 à 10 000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE :
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ... : 47,00 %
 Soit : 2 669,60 /mm³ (1 800 à 7 500)

POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ... : 1,000 %
 Soit : 56,8 /mm³ (100 à 400)

POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ... : 0,00 %
 Soit : 0,0 /mm³ (0 à 200)

LYMPHOCYTES : 38,00 %
 Soit : 2 158,4 /mm³ (1 000 à 4 500)

MONOCYTES : 14,00 %
 Soit : 795,2 /mm³ (2 00 à 1 000)

TOTAL : 100,00 %

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

CHOLESTEROL TOTAL : 1,70 g/l (< 2,20)
 ou : 4,39 mmol/l (3,61 à 5,68)

TRIGLYCERIDES : 0,43 g/l (< 1,50)
 ou : 0,49 mmol/l (< à 1,72)

CHOLESTEROL HDL : 0,59 g/l (0,30 à 0,40)
 ou : 1,52 mmol/l (à > 1,03)


INPE 063060990

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél. : 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

INPE - 0014381130000029 - Autorisation N° : 5814



Dr. ZERIOUH LAYLA

Date du prélèvement : 13/12/23

Dossier édité le : 13/12/2023

Code Patient : 159609



Mme ELADDIL Aya

Page : 2 /2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

131223 023

CHOLESTEROL LDL : 1,02 g/L

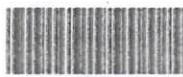
Nbr de facteurs de risque*	Valeur Cible du LDL-C (g/l)
aucun	< 2,20
1	< 1,90
2	< 1,69
> ou = 3	< 1,30
Patient à haut risque	< 1,00

*: Diabète, obésité, HTA, age>60ans, tabac, HDL-C<0,40g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.

LIPIDES TOTAUX : 4,7 g/L (5,0 à 8,0)

ENZYME

VITROS 350	Valeurs de référence	Antécédents
TRANSAMINASES ASAT (GOT) ... : 13	UI/l à 37°C (< à 31)	
TRANSAMINASES ALAT (GPT) ... : 12	UI/l à 37°C (< à 34)	



INPE 063060990