

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463 Société : royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHIBI KAMAL 194100

Date de naissance :

14-07-1975

Adresse :

LAAYALI 02 Appt. 09 imm 08 Rabat

Tél. : 0661 76 66 75

Total des frais engagés : 1374,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie (Focus indiqué)

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 : ROYAL AIR MAROC

Le : 07/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/11/2020 | C.S | | 300 dh. | Signature Dr. M. B. EL MADANI |
| 22/11/2020 | Contrôle | | gratuit | Signature Dr. M. B. EL MADANI |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------------------------|-----------------------|
|  Signature ASMOUI Souscrip. à Pharmacie Doctor en Pharmacie Télé: 01 22 32 84 22 Fax: 01 22 32 84 22 82 Rue Assalam, 1007, Beirut, Lebanon | 16/01/2024 22/01/2024 | 122,80 951,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

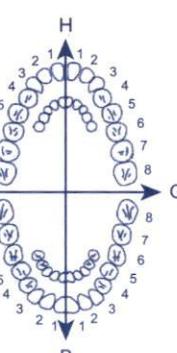
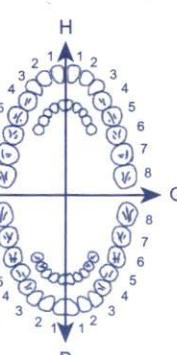
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 PROTHÉSES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | Coefficient des travaux |
| | | | Montants des soins |
| | | | Date du devis |
| | | | Date de l'exécution |

Docteur HASSINI Zineb

**Hépato-Gastro-Entérologue
et Proctologue**

Endoscopie digestive
(fibroscopie digestive haute, coloscopie)

Echographie abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)

DIU en Pathologies fonctionnelles digestives

de l'université de Lyon (France)

DIU en Maladies Inflammatoires chroniques

de l'intestin de l'université de Lille (France)



الدكتورة حسيني زينب

اختصاصية في أمراض الكبد

والجهاز الهضمي والبواسير

الشخص بالمنظار للمعدة والقولون

الشخص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

دبلوم في أمراض الشرج والبواسير (فرنسا)

دبلوم في أمراض الالتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

دبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

Ordonnance

Berrechid, le

16 / 01 / 2024



122,80

7^{me} Karim: Siham



i) Zegeras 40 mg

1 gel x 2/j 30 min avant repas

matin et soir pdt

LOT 231112
EXP 03/2025
PPV 122,80 DH



o) librax

matin et soir

pdt +

Dr. Zineb HASSINI
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Angle Bd. Mohamed V et rue Yaacoub El Mansour,
Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid



زاوية شارع محمد الخامس وزقة المنصوري إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمانة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed
Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com

Docteur HASSINI Zineb

Hépato-Gastro-Entérologue
et Proctologue

Endoscopie digestive
(fibroscopie digestive haute, coloscopie)
Echographie abdominale
Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien médecin au CHU Ibn Rochd
DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)
DIU en Pathologies fonctionnelles digestives
de l'université de Lyon (France)
DIU en Maladies Inflammatoires chroniques
de l'intestin de l'université de Lille (France)

الدكتورة حسيني زينب

اختصاصية في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي والبواسير

الشخص بالمنظار للمعدة والقولون

الشخص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدارالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدارالبيضاء

diplôme في أمراض الشرج والبواسير (فرنسا)

diplôme في أمراض الاتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

diplôme في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)



Ordonnance

Berrechid, le 22/02/2024

Foed
indigestion

7^م Karim Sinam

803, -

Pylera

96,00

52,80

3 vgel x 14 زلت pdt 10

Prazol 20 mg

3 vgel x 21 زلت 30 min awt 15 min

malin et 200 ml pdt 40 min

T, 951,80

190ml pdt 90z

Pharmacie ARAFAT

شارع محمد الخامس ونفق يعقوب المنصور إقامة الحاج أسد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمانة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed
Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com

Prazol® 20 mg

oméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à un autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourra être dangereux.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ne trouvez pas la réponse à vos questions, parlez-en à votre médecin.

Prazol® 20 mg
Oméprazole

14 gélules



6 1118000 040644

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI).....

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastro-résistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante correspondant à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons (I.P.P.).

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents :

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

FIPV: 52DH80

FIER: 03/26

LOT: M3533-2



Prazol® 20

oméprazole

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance médicamenteuse appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel $\geq 10 \text{ kg}$

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

PPN : 96DH00

PER : 06/25

LOT : M218-4

