

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040137

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BACHAR, Saïd
Date de naissance : 26/12/1961
Adresse : n°31 Rue Sidi Msahel
Ou. Cheick. Sallah
Tél : 0696075447 Total des frais engagés : -749,90- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01/03/2024
Nom et prénom du malade : Ahmed Ali Bachar Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Ecéma
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 : Sallah Le : 26/04/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/24	236,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05-03-2012	 DR. ALAOUI Mohamed Médecin Radiologiste Vataire Polyclinique CNSS - Sétif INP: 09306054	363,00

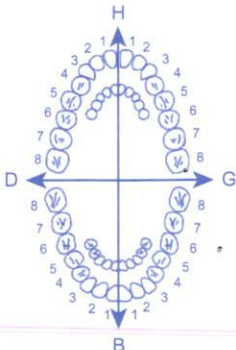
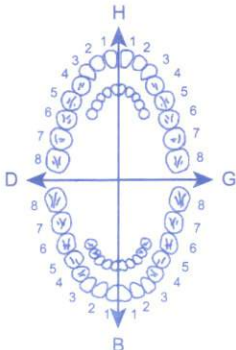
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

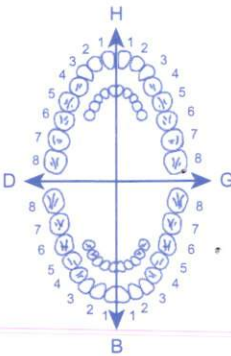
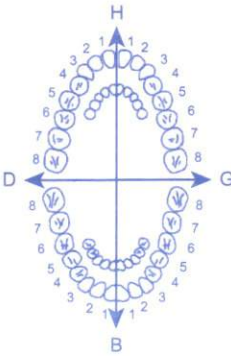
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>			H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000											
	D	G										
	00000000 00000000 35533411 11433553											
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div><div>H</div><table><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></td><td>B</td></tr></table></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

Le : 01/03/2024

Ahmed AL. Bouchari

31,90
1)

Primalan sirop SV
seuil le soir
pot l'uers

20,00
2)

Oleniderm crème SV
sapp le soir
su le bras gdt.

185,00

3)

Pharmacie RAHMANE
Dr. Lotif IDRISI
18, Lot Saad L. K. 24 Hay Hassani
Oulfa - Casablanca
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

Lipitor. Baume APO S.P.
sapp le soir
su le bras gdt.

236,90

CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

20,00

Composition :

Béclométhasone dipropionate

Excipients (dont propylène glycol, Chlorocrésol) q.s.p.....

Propriétés :

CLENIDERM est un dermocorticoïde.

Il est actif sur certains processus inflammatoires (comme l'hypersensibilité de prurigineux qui leur est lié. Vasoconstricteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

Indications thérapeutiques :

- Indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur : eczéma de contact, dermatite atopique, lichénification.
- Indications où la corticothérapie locale est l'un des traitements habituels : psoriasis (à l'exclusion des plaques très étendues), lichen, prurigo non parasitaire, lichen scléro-atrophique génital, granulome annulaire, lupus érythémateux discoïde, séborrhéique à l'exception du visage, traitement symptomatique du prurit du malade.
- Indications de circonstance pour une durée brève : piqûres d'insectes et prurigo après traitement étiologique.

Contre-indications :

Dermatoses virales, bactériennes, fongiques et parasitaires ; dermatoses faciales à composante vasomotrice (rosacée) ou folliculaire (acné) ; lésions ulcérées.

Effets indésirables :

Ils résultent, en règle générale, d'une mauvaise utilisation : durée excessive du traitement et puissance trop importante du produit sont responsables d'effets indésirables locaux. Si, en outre, la surface d'application est très étendue, des effets systémiques peuvent être observés.

Précautions d'emploi :

Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit en être recherchée.

Suivre les recommandations du médecin.

Ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse si besoin.

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament.

Ne pas appliquer sur les seins lors de l'allaitement en raison du risque d'ingestion du produit par le nouveau-né.

Mode d'emploi et posologie :

Le traitement doit être limité à 1 à 2 applications par jour.

Il est conseillé d'appliquer le produit en couches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Forme et présentation :

Crème - Tube de 30 g

Liste I (Tableau A)

Cleniderm® crème

Béclométhasone dipropionate

PROMOPHARM S.A.



PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc



LOT : 23E007
PER: 03 2025

PRIMALAN
SIROP FL 120 ML

P.P.V : 31DH90



6 118000 011347

- fonctionnement des glandes parathyroïdes qui sont glandes situées près de la thyroïde au niveau du cou
- la terbinafine (médicament pour traiter une infection champignons),
 - le cisapride (médicament utilisé pour traiter un reflux gastro-œsophagien),
 - l'oxybate de sodium (médicament pour le traitement de la narcolepsie) en raison du risque de dépression du système nerveux central pouvant altérer la vigilance en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation de machine,
 - un médicament contenant de l'alcool.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

PRIMALAN avec des boissons et de l'alcool

Vous devez éviter de consommer des boissons alcoolisées pendant toute la durée du traitement.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou si vous envisagez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse ni chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin, lui seul pourra adapter le traitement en fonction de votre état.

En fin de grossesse, la prise abusive de ce médicament (doses dépassant celles recommandées ou durée de traitement trop longue) peut entraîner des effets néfastes chez le nouveau-né. Par conséquent, il convient de toujours demander l'avis de votre médecin avant de l'utiliser et de ne jamais dépasser la dose et la durée de traitement préconisées.

Allaitement

L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée pendant l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines

Conduite de véhicules et utilisation de machines

- L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de somnolence que peut provoquer ce médicament, surtout en début de traitement,
- Le risque de somnolence est augmenté si vous consommez des boissons alcoolisées ou des médicaments contenant de l'alcool.

PRIMALAN contient :

Ce médicament contient du saccharose, du

éthyle (E2)
pylyle (E2)
emploi»)
RIMALA

les instructions de cette notice ou les
médecin ou pharmacien. Vérifiez aup
pharmacien en cas de doute.

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENF.

Une cuillère-mesure de 2,5 ml contient :

- La dose quotidienne est fonction du p
- Si vous pesez plus de 40 kg : 8 cuill (mg) réparties en 1 ou 2 prises par j matin et soir ou 8 cuillères-mesure l
- Si vous pesez moins de 40 kg : 1 cu (mg) par 5 kg de poids corporel répà jour.

Si les symptômes persistent ou s'aggr doses mais consultez votre médecin.

Mode d'administration

Ce médicament est à prendre par vo

Fréquence d'administration

Il peut être souhaitable de prendre ce car il peut provoquer des somnolence plus sensibles (enfants, personnes âg

Durée du traitement

- Votre médecin vous dira pendant co devrez prendre ce médicament,
- Ne poursuivez pas le traitement au traitement sans l'avis de votre mé

Si vous avez pris plus de PRIMALA

Consultez immédiatement votre méde Le risque d'anomalies du rythme car important en augmentant la dose de C'est pourquoi vous devez respecter médecin.

Si vous oubliez de prendre PRIMA

Ne prenez pas de dose double pour avez oublié de prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDE

Comme tous les médicaments, ce m des effets indésirables, mais ils ne s systématiquement chez tout le mor

Arrêtez le traitement et consultez médecin si vous présentez :

- Des signes d'allergie au médicament - des rougeurs cutanées, de l'eczéma des taches pourpres sur la peau (éruption cutanée ressemblant à



وصفة ORDONNANCE



Le : 01/03/2024

Ahmed A.

Bouchari

NFS

Ferritinémie

LABORATOIRE
CNSS Settati
28, 1^{er} étage, Sadat L. Hassan
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

DERMATOLOGIE
28, 1^{er} étage, Sadat L. Hassan
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
 CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
 Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
 RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
 INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 318377	N° SEJOUR : 240009401	FACTURE N° 2402002903		DATE D'ENTREE : 01/03/2024		DATE DE SORTIE : 01/03/2024					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BACHARI, Mohamed Ali							
MALADE : BACHARI, Mohamed Ali											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES COTES EN C						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : M0800005 DR. MJAHEH SARA, DERMATOLOGUE	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :	
		RESTE DU :	150.00				
DATE FACTURE : 01/03/2024	EDITEE LE : 01/03/2024	PAR: BASMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT			
		BANQUE :		BMCE - SETTAT			
		N° compte bancaire :		011 610 000001 2100060382 89			



N° IPP : 318705		N° SEJOUR : 240010035		FACTURE N° 2404001770		DATE D'ENTREE : 05/03/2024		DATE DE SORTIE : 05/03/2024				
ASSURE :						DESTINATAIRE : BACHARI,Ahmed Ali						
MALADE : BACHARI,Ahmed Ali				UF: 5004 LABORATOIRE								
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION			LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE												
ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE			B	330.00	1.10	363.00					0.00	363.00

Intervenant : 106999 EQUIPE DE BIOLOGISTES LABO		TOTAUX :		363.00						363.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT SOIXANTE TROIS DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		363.00					
DATE FACTURE : 05/03/2024				EDITEE LE : 05/03/2024		PAR: ARICHE		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>			
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT					
				BANQUE :		BMCE - SETTAT					
				N° compte bancaire :		011 610 000001 2100060382 89					





الضمان الإجتماعي

+o]XO%+ +o]oC%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

LABORATOIRE DES ANALYSES MEDICALES CNSS SETTAT

ID patient: 10035

2024/03/05

Nom: BACHARI AHMED ALI

12:28:01

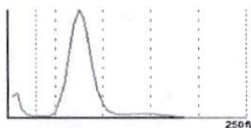
Service

Médec.:

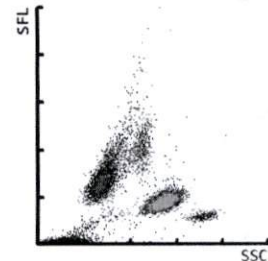
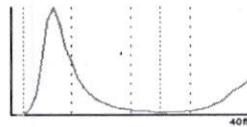
Valeurs normales

WBC	13.13	[$10^3/uL$]			4,0 - 10,0. 10^3 mm ³
RBC	4.72	[$10^6/uL$]			3,80 - 5,80. 10^6 mm ³
HGB	11.9	[g/dL]			11,0 - 16,5 g/dl
HCT	35.6	[%]			35,0 - 50,0 %
MCV	75.4	- [fL]			80 - 97
MCH	25.2	- [pg]			26,5 - 33,5 pg
MCHC	33.4	[g/dL]			31,5-35,5g/dl
PLT	500	+ [$10^3/uL$]			<u>150-390.$10^3/mm$</u>
RDW-SD	37.9	[fL]			
RDW-CV	13.6	[%]			
PDW	8.9	- [fL]			
MPV	9.1	[fL]			
P-LCR	17.9	[%]			
PCT	0.46	+ [%]			
NEUT	7.29 *	[$10^3/uL$]	55.5 *	[%]	50.0 - 75,0 %
LYMPH	4.67 *	[$10^3/uL$]	35.6 *	[%]	17.0 - 48.0 %
MONO	0.71 *	[$10^3/uL$]	5.4 *	[%]	4.0 - 12.0 %
EO	0.42 +	[$10^3/uL$]	3.2	[%]	1.0 - 5.0 %
BASO	0.04	[$10^3/uL$]	0.3	[%]	0.0 - 2.0 %
IG	0.03 *	[$10^3/uL$]	0.2 *	[%]	0.0 - 5.0 %

RBC



PLT



Signature

Polyclinique CNSS Settat
LABORATOIRE
مختبر التحليلات الطبية
CNSS

00-20 2024/03/05 12:28

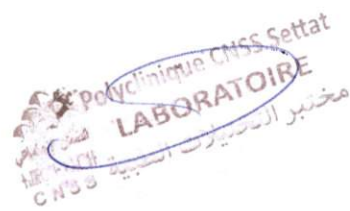
1/1

LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICAL

NOM :	BACHARI
PRENOM :	AHMED ALI
REFERENCE :	10035
DATE :	05/03/2024

	Valeurs de Référence	unités	Résultats
Thyréostimuline TSH us :	0.3 - 4.50	uIU/mL	
Triiodothyronine libre T3:	2,00-4,2	pmol/l	
Thyroxine libre T4:	8,90-17,2	pmol/l	
TROPONINE us:	0.0 - 0.100	ng/mL	
D-DIMERES :	0.0 - 0.500	ugFEU/ml	
FERRITINE :	homme: 23.9-336	ng/ml	51.20
	femmes cycliques: 11-307		
	femmes ménopausées: 11-307		
	enfants <1an 100-300		
	enfants >14ans idem adultes		
VITAMINE D :	valeur souhaitable >30	ng/ml	
	insuffisance 10-30		
	carence <10		
	toxicité >100		
PSA total	<40ans <1.72	ng/ml	
	40-50ans <2.10		
	50-60ans <3.42		
	60-70ans <6.16		
	>70ans <6.77		
Ag HBS	000-0.050	IU/ml	
Ac-HCV	0.00-1.00	Au/ml	

SIGNATURE


 Polyclinique CNSS Settati
LABORATOIRE
 مختبر التحاليل الطبية
 CNSS