

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-802447

184088

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00372

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Boussetta Halima

Date de naissance :

01/01/1946

Adresse :

Assif NE 319 Marrakech

Tél. :

0661208926

Total des frais engagés :

324,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
Diabétologue
279, Rue Dajana Assif B Cité Mohammadia
Marrakech - Tél. : 05 24 30 66 72

Date de consultation :

16/10/2023

Nom et prénom du malade :

Boussetta Halima

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète en traitement

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 : Marrakech

Le : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-802447

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

00372

Nom de l'adhérent(e) :

Boussetta

Total des frais engagés :

324,40

Date de dépôt :

17/10/2023

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILIA Lotissement BOUAMRIA RS - 7D ASSIF - M'Hamrech Tél : 024.30.63.22	15/10/23	11770

072025383 RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 May Abdellah, Imr. Bab Doukkal BP N°04 (1^{er} étage) Marrakech 40000 Tel : 05 29 63 63 08 08 47 32 63 Email : lab_essaadi@gmail.com	17/10/23	R 40	60,00

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BAB DOUKKALA

Bd.Prince My Abdellah, Résidence Bab Doukkala, Bloc A, Appt n°4-6 (1er étage) BP:40090 - Marrakech - Maroc

Dr ESSAADI Moulay Ahmed - Pharmacien Biologiste

Diplômé des Universités de Monastir et de Montpellier

RC: 117215 - Patente:45306445 - IF: 50364603 - I.N.P.E: 073060980 - C.N.S.S: 9180944 - I.C.E: 002832721000063

FACTURE: 142367/2023

Marrakech, le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

17/10/2023
MME BOUSSETTA HALIMA
19D132
Docteur ZENJARI AFIFA

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
PARASITOLOGIE DES SELLES	40
Total du (B)	B 40
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	60,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SOIXANTE DIRHAMS

LABORATOIRE BAB DOUKKALA
Bd. Prince My Abdellah, Imm. Bab Doukkala
Bloc A, Appt N°04 (1^{er} étage) Marrakech 40000
Tél: 05 24 44 63 63 / 08 08 47 32 63
E-mail: laboratoire.essaadi@gmail.com

APAZIDE®

Nifuroxazide

d'utiliser ce médicament car elle contient des

otre médecin ou à votre pharmacien.
pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif.
an effet indésirable non mentionné dans cette notice.

19.20

PPV 190473
SER 06/26
LOT M1988

APAZIDE®

Nifuroxazide 200 mg

16 gélules



p. boîte
3.2 g

enne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état

général, fièvre,

Le traitement ne dispense pas des règles diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

L'importance de la réhydratation par succion de réhydratation orale ou par voie intraveineuse doit être adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées,...)

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale. Avalez les gélules à l'aide d'un verre d'eau.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 10 ans.

Adultes : 4 gélules (800mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 10 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

- Si vous êtes allergique au nifuroxazide, aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- Chez l'enfant de moins de 10 ans.

MISES EN GARDES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

- En l'absence d'amélioration au bout de 2 jours de traitement, en cas d'apparition de fièvre, de vomissement.
- En cas de diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids, en cas de présence de sang ou de glaire dans les selles.
- En cas soit intense, de sensation de langue sèche.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital en saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

Ce traitement est un complément des règles diététiques :

- Se réhydrater par les boissons abondantes, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée.
- S'alimenter le temps de la diarrhée : en excluant les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés, en privilégiant les viandes grillées, le riz.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

EFFETS INDESIRABLES :

Si l'un des effets suivants survient, arrêtez le médicament et consultez votre médecin.

Atteintes de la peau : éruptions, eczéma, pustulose

Manifestations allergiques : possibilité de réactions

manifestations graves et immédiates

Manifestations graves

Autres atteintes

Tableau A

N° de lot :
A consommer de
préférence avant fin :

11/2022
1022009
11/2025

COOPER PHARMA
PPC : 98,00 DH



Docteur ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)

Cité Mohammadia - Marrakech

Tél. : C / D : 05 24 30 66 72

Diabetologue

Marrakech, le : 16-10-2023 : مراکش، في :

AE BOUSSETTA - Halip

1- Apazide

1 pnh x 4/1



2 Extrait

14/1 / جد العطر

98.00

Pharmacie KAMILIA
Lotissement BOUAMRIA
78 - 79 ASSIF - Marrakech
Tél. : 05 24 30 66 72

Dr. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
Diabetologue

279, Rue Dajana Assif & Cité Mohammadia
Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

Docteur ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)
Cité Mohammadia - Marrakech
Tél. : C / D : 05 24 30 66 72

Diabetologue

الدكتورة الزنجاري عفيفة

الطب العام

279، زنقة أبي دجاجة
أسيف (ب) الحي المحمدي مراكش
الهاتف : مكتب/منزل : 05 24 30 66 72

اختصاصية في أمراض السكري

Marrakech, le 16-10-2022 : مراكش، في

BOUSSETTA - Halme

EX. Panagiot. de Kila.

LABO

Bd. Prince

Bloc A. Appr

Tél : 05 24 30 66 72

E-mail : labo

DOUKKALA

Lab Doukkala

Marrakech 40000

47 32 63

mail.com

Dr. ZENJARI Afifa

Médecine Générale

Diabétologue

279, Rue Abi Dajana Assif B Cité Mohammadia

Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

Unité de Biologie Polyvalente - Unité de Biologie de la Procréation - Unité de Biologie Moléculaire

Dr. ESSAADI Moulay Ahmed

Pharmacien Biologiste Diplômé des Universités de Monastir et de Montpellier

- Ancien interne des Hôpitaux de Montpellier
- Diplôme de l'Institut Pasteur - Paris et Diplôme d'Université (Paris-Diderot) en Mycologie Médicale
- Diplôme Universitaire en Assistance Médicale à la procréation (Montpellier I)
- Diplôme Universitaire en Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

الدكتور مولاي أحمد السعدي

صيدلاني إحيائي خريج جامعات المنستير و مونتيليه

داخلي سابق بمستشفيات مونتيليه

شهادة معهد باستور بباريس وشهادة جامعة باريس ديدرو في علم الفطريات الطبية

شهادة جامعية في المساعدة الطبية على الإنجاب (مونتيليه I)

شهادة جامعية في طب و بيولوجيا الإنجاب (باريس VI)

052-17123

Prélèvement du : 17/10/2023 à 09:26

Résultats édités le: 17/10/2023

Prescripteur: Docteur ZENJARI AFIFA

MME BOUSSETTA HALIMA

Dossier N° 19D132

Origine: HOTEL SEMIRAMIS

Page: 1/1

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES (KOP)

KOP (1er Jour)

Jour d'examen..... 17/10/2023

Lieu de prélèvement..... A domicile

CARACTERES GENERAUX

Consistance..... Selles pâteuses

Couleur..... Marron

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Glaire..... Absence

Mucus..... Absence

Sang..... Absence

EXAMEN MICROSCOPIQUE

(Au microscope à contraste de phase X 400)

Leucocytes..... Absence

Hématies..... Absence

Fibres alimentaires..... Quelques

Fibres musculaires..... Quelques

Flore iodophile..... Présence: +

Levures..... Absence

RECHERCHE DE PARASITES (Au microscope X 400)

A l'état frais (E.Phy + Lugol).. Absence de formes kystiques et végétatives de parasite.

Après enrichissement (Bailenger) Absence de formes kystiques de parasite.

Total de pages: 1

