

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

Déclaration de Maladie

N° W19-485508

ND: 29066

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 9271 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : A Bdelmajed

Nom & Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : _____

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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

RELEVÉ 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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

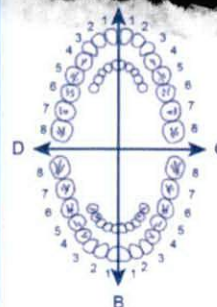
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Mohamed V. DERRECH</i>	06/01/2014	5x26x13x11x5x3	248,52

AUXILIAIRES MEDICAUX

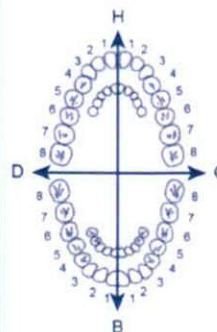
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

BILAN BIOLOGIQUE

Le: 21.1.2020

Nom / Prénom: Yalenty Chaymac Age: Sexe: M ☐ F ☐

◆ Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

◆ Hématologie/infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

◆ Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

◆ Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☐ Hémoglobine glyquée

◆ Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferristine
- ☐ Transferrine

Autres :

◆ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

◆ Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

◆ Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

◆ Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Estradiol
- ☐ BHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B:
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Antigène Hbe
 - ☐ Anticorps Anti Hbc
 - ☐ Anticorps Anti Hbs
 - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

◆ Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

Dr. Mohamed DAHOUNE
Omnipraticien - échographiste
Méd. 1^{er} Tribunal
113. Rue Moussaton Nossair
Berrechid - Tél.: 0522 32 72 33
INPE 061011581

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

BERRECHID

ICE : 001761756000030

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 69862

IB 49714 B

Nom et Prénom : Mme YAKOUTY Chaymae

Prescripteur :

Référence : 060220 013

Date : 06/02/2020

BILAN :

NFS B 73 + GLY B 15 + TGO B 45 + TGP B 45 +

MONTANT NET : 248,52 Dhs Soit 178 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Deux cent quarante huit Dh et cinquante deux cts

CHASSE
LACER
10/02/2020
10/02/2020

Skinosalic®

Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g
Lotion : Flacon de 30g

26,50

Composition :

	SKINOSALIC	
	Pommade	Lotion
Bétaméthasone (DCI)		
dipropionate exprimé en		
bétaméthasone.....	0,05g	0,05g
Acide salicylique.....	3,00g	2,00g
Excipients q.s.p.....	100,00g	100,00g

Propriétés :

- Skinosalic associe dans sa formule, un dermo-corticoïde d'activité forte (classe II) : Le Bétaméthasone et un kératolytique : l'acide salicylique.

Indications :

Dermatoses corticosensibles à composante kératosique ou squameuse :

- lichénification
- psoriasis
- lichen
- dermite séborrhéique à l'exception du visage.
- la forme lotion adaptée plus particulièrement au traitement des affections du cuir chevelu, des régions pileuses et des plis.

Contre indications :

- Infections bactériennes, virales, fongiques, primitives et parasitaires, même si elles comportent une composante inflammatoire.
- Lésions ulcérées
- Acné et rosacée
- Hypersensibilité à l'un des composants.
- La forme pommade n'est pas adaptée aux lésions suintantes

Effets indésirables :

- Sont à craindre en cas d'usage prolongé : atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, fragilité cutanée.
- Au visage, les corticoïdes peuvent créer une dermatite péri-orale ou bien créer ou aggraver une rosacée.
- Peut être observé un retard de cicatrisation des plaies atones, des escarres et des ulcères de jambes.
- Possibilité d'effets systémiques liés au corticoïde et/ou à l'acide salicylique.
- Ont été rapportées : éruptions acnéiformes ou pustuleuses, hypertrichose, dépigmentation.

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit être recherchée.
- Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter Skinosalic. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanée pouvant survenir dans les plis ou sous les culottes imperméables.
- Skinosalic n'est pas destinée à l'usage ophtalmique ni à l'application sur les paupières ou les muqueuses.
- L'utilisation prolongée sur le visage des corticoïdes à activité forte expose à la survenue d'une dermite cortico-induite et paradoxalement corticosensible.

Posologie et mode d'emploi :

- Etaler doucement la pommade ou la lotion sur les lésions et faire pénétrer par un léger massage.
- Dans les affections du cuir chevelu, la lotion sera appliquée raie par raie, en dépassant largement la surface à traiter.
- Les applications seront limitées à 2 fois par jour pendant une à deux semaines, une augmentation du nombre d'applications risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Conservation :

A conserver à l'abri de la chaleur

Liste I



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca

A20530 Fleximat

S-CORT[®] prednisolone 20

Boîte de 10 comprimés effervescents sécables

LOT N°:

UT. AV:

PRV (DH):

34/70

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 tard à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même s'il présente les mêmes symptômes que les vôtres. 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 DU MEDICAMENT :

Pour un comprimé effervescent sécable :

Substance active :

Prednisolone 20,00 mg

Sous forme de métasulfobenzate sodique de prednisolone 31,44 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Excipients à effet notoire : lactose, sodium et sorbitol.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H: Hormones systémiques non sexuelles).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

POSOLOGIE, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION, DUREE DU TRAITEMENT ET FREQUENCE D'ADMINISTRATION :

Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

S-CORT 20 mg, comprimé effervescent sécable est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Si vous avez l'impression que l'effet de S-CORT 20 mg, comprimé effervescent sécable est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Mode d'administration

Voie orale.

Fréquence d'administration

Les comprimés doivent être dissous avant d'être administrés, de préférence au cours du repas, en une prise le matin.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais S-CORT 20 mg, comprimé effervescent sécable dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

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

EFFETS INDESIRABLES :

Comme tous les médicaments, S-CORT 20 mg, comprimé effervescent sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

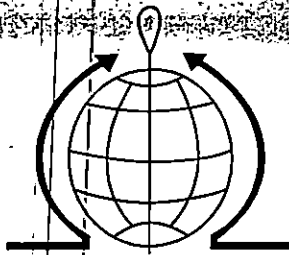
Ce médicament, indispensable est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime. Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire,
- apparition de bleus,
- élévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque,
- troubles de l'humeur: excitation, euphorie, troubles du sommeil,
- syndrome de Cushing: une prise de corticoides peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils,
- fragilité osseuse: ostéoporose, fractures,
- atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale
- retard de croissance chez l'enfant
- troubles des règles
- faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques)



Berrechid le : 06/02/2020

CIN : WA230853

Résultats complets

Edité le: 07/02/2020

Medecin Dr. DAHOUNE MOHAMED

Mme YAKOUTY Chaymae

9A 49714

RF: 060220013

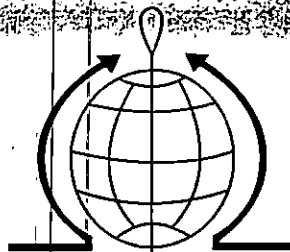
BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN	0,92	g/l	(N : 0.70 à 1.10)
(Technique HITACHI 704)	Soit 5,11	mmol/l	(N : 3.89 à 6.11)
TRANSAMINASE T.G.O (ASAT)...	15,0	UI/l	(N : < 42)
(Technique HITACHI 704)			
TRANSAMINASE T.G.P (ALAT)...	15,4	UI/l	(N : < 41)
(Technique HITACHI 704)			

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DIVISION MEDICALE
BERRECHID
Tél : 05 22 33 66 43



Berrechid le : 06/02/2020.

CIN : WA230853

Résultats complets

Edité le: 07/02/2020

Medecin Dr. DAHOUNE MOHAMED

Mme YAKOUTY Chaymae

IB 49714 B

RF: 060220013

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....	8 800	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)
Hématies.....	4,35	M/mm ³	(N : 4.2 à 5.2)
Hémoglobine.....	12,1	g/dl	(N : 12.0 à 16.0)
Hématocrite.....	38,9	%	(N : 37 à 44)
V.G.M.....	89	fl	(N : 80 à 100)
T.G.M.H.....	27,8	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	31,1	g/dl	(N : 32 à 35)
PLAQUETTES.....	478	Milles/mm ³	(150 à 450 Milles)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	59	%	
Soit	5 192	/mm ³	(N : 2 000 à 7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	2	%	
Soit	176	/mm ³	(N : 400 à 500)
Polynucléaires Basophiles.. :	0	%	
Soit	0	/mm ³	(N : < 100)
Lymphocytes	35	%	
Soit	3 080	/mm ³	(N : 1000 à 4000)
Monocytes.....	4	%	
Soit	352	/mm ³	(N : 200 à 1 000)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. DAHOUNE MOHAMED
Tél. : 05 22 33 66 43