

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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° P19- 065800

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

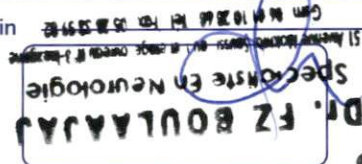
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1541 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUSNI ABDELLAH
Date de naissance : 11/11/1949
Adresse : HAY ALYASSMINE Rue 854 N 11
EL JITHADIA - AGADIR
Tél. : 0670120873 Total des frais engagés : 914,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/03/2020

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 : CASABLANCA Le : 19/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant la réalisation des Actes
28/03/2020	G	-	Gst 1	
30/09/2020	G	-	Gst 1	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30-9-2020	96.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/09/20	B F30	818.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

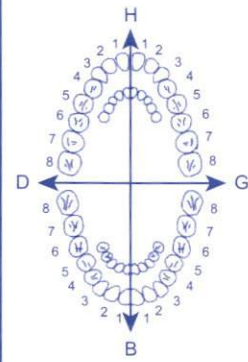
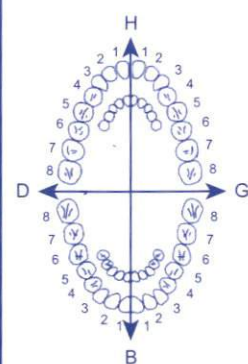
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FZ BOULAAJAJ
Neurologue

Spécialiste Des Maladies Du Cerveau,
De La Moelle Épinière, Du Nerf Et Du Muscle
Adulte Et Enfant

Électroencéphalographie (EEG)
Electroneuromyographie (EMG)

الدكتورة بولعاج فاطمة الزهراء

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
(الكبار و الأطفال)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات



إنزكان :3.0 SEP. 2020.....inezgane le :

Mr HOUSNI ABDELLAH

49.60
1- D-cure Forte 100.000 U.I.

46.70 **1 Ampoule / mois / 3mois**

2- Zyloric 100 mg

0 - 0 - 1 / 3 mois

96.30
PHARMACIE TIZITE
304, Av Hassan II et Aboulank
DCHEIRA - EL JIHADIA
Tel: 05 28 33 87 61

Dr. FZ BOULAAJAJ
Specialiste En Neurologie
51 Avenue Mokhtar Soussi, 1er étage, Bureau N° 3
Cm 04 61 10 24 63 tél fax 05 28 33 92 92

51 شارع المختار الحوسبي، عمارة الفار الطابق الأول، المكتب رقم 3 (أمام سوق الثلاثاء وفرب محطة الطاكسيات الحكومية، فوق التجاري وفابنك) - إنزكان (العمارة تتوفر على مصعد)

51 Avenue Mokhtar Soussi, Imm Far, au 1 er étage, Bureau N° 3 (en Face du Souk Tlat, au-dessus du Attijariwafa Bank)

Inezgane (Ascenseur disponible) - Tél.: 05 28 33 59 82 - E-mail : fatoumaboulajaj@yahoo.com

LABORATOIRE INEZGANE

Dr 1 Bis Imb ANNAKHIL Angle BD

Mohamed V av des far

86350 INEZGANE

Tél: 05.28.83.30.20 Fax: 05.28.83.30.40

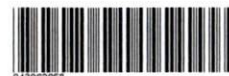
Le :29/09/20

PATENTE: 49390346

IF : 15295890

ICE : 001749585000011

INPE : 043062058



FACTURE NO : 26180

Analyses effectuées le .. : 29/09/20

Pour : Mr HOUSNI ABDALLAH

Sur prescription du : Dr BOULAAJAJ FATIMA ZAHRA

Bilan :

FERR FERRITINE

VITD Vitamine 25 (OH) D2 et 25 (OH) D3

A24H ALBUMINE 24 H

B 250

B 450

B 30

Total Prélèvements : 15,00

Total des B : 730

Total Dossier : 818,00

Laboratoire INEZGANE

1 Bis, Imb Annakhil

E.d. Mohamed V - Inezgane

Tél/Fax: 05.28.83.30.20 / 40

E-mail: laboinezgane@gmail.com

Dr. FZ BOULAAJAJ
Neurologue

Spécialiste Des Maladies Du Cerveau,
De La Moelle Épinière, Du Nerf Et Du Muscle
Adulte Et Enfant

Électroencéphalographie (EEG)
Electroneuromyographie (EMG)



الدكتورة بولعاج فاطمة الزهراء

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
(الكبار و الأطفال)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

إنزكان : 26 SEP. 2020
M(r)

M (me)

Houssni Abdallah

❖ Hématologie / infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaque
- ☒ Ferritine
- ☐ VS
- ☐ CRP

❖ Bilan lipidique

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

❖ Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hémoglobine glyquée

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT

Proteinurie
de 24 H

❖ Bilan hormonal

- ☐ TSH us
- ☐ T4

❖ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA

❖ Divers

- ☒ Vitamine D

❖ Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

❖ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ CL-
- ☐ Ca++
- ☐ Acide urique

ALLOPURINOL

Remboursable AMO



6 118000 022268

LOT 200362

EXP 02 2024

PPV 46.70 DH

ourriez avoir besoin de la relire.
ions, demandez plus d'informations à votre médecin
tre infirmier/ère.

08 té personnellement prescrit. Ne le donnez pas à
pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie
res.

lésirables devient grave ou si vous remarquez un effet
inné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à

DRIC comprimés, et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ZYLORIC, comprimés ?
3. Comment prendre ZYLORIC comprimés ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ZYLORIC comprimés ?
6. Informations supplémentaires.

Les comprimés de ZYLORIC contiennent un principe actif appelé l'allopurinol. Il agit en ralentissant la vitesse de certaines réactions chimiques dans votre organisme afin de diminuer le taux d'acide urique dans le sang et les urines.

ZYLORIC, comprimé est utilisé pour réduire ou prévenir la formation de dépôts d'urate/d'acide urique lorsque votre organisme produit en trop grande quantité une substance appelée l'acide urique. Ces dépôts sont responsables de la goutte ou de certains types de calculs rénaux ou de certains autres types de problèmes rénaux.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais ZYLORIC, comprimé :

• En cas d'allergie connue à l'allopurinol ou à l'un des constituants du produit mentionnés dans la rubrique 6.

- Chez l'enfant de moins de 6 ans (contre-indication liée à la forme pharmaceutique).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Avertissements et précautions :
Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ière avant de prendre

- Avez des problèmes au niveau de votre foie ou de vos reins.

- Souffrez de problèmes cardiaques ou d'une hypertension artérielle et si vous prenez des diurétiques et/ou un médicament appelé un IEC (inhibiteur de

- Souffrez actuellement d'une crise de goutte

- Etes d'origine chinoise, ethnique Han, africaine ou indienne.

Faites particulièrement attention avec ZYLORIC, comprimé:

- Des éruptions cutanées ont été signalées chez des patients prenant de l'allopurinol. Fréquemment, l'éruption cutanée peut entraîner des ulcères au

niveau de la bouche, de la gorge, du nez, des organes génitaux et de la conjonctivite (yeux rouges et gonflés). Ces éruptions cutanées graves sont souvent

précédées par des symptômes pseudo-grippaux, fièvre, maux de tête, courbatures (symptômes ressemblant à la grippe). L'éruption peut évoluer vers

une apparition de vésicules sur tout le corps et une desquamation de la peau. En cas d'éruption cutanée ou de symptômes cutanés, arrêtez de prendre



PPV: 49,60 DH
LOT: 20525
EXP: 05/2023

MCC220MA118PE-02
09.01.2020
120x420-120x37:40gr-C5

Notice :
Information de l'utilisateur
D-CURE FORTE 100.000 U.I,
solution buvable en ampoule, boîtes de 3.
Cholécalciférol (Vitamine D 3).



Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice
- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien .

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. Qu'est-ce que D-Cure forte et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser D-Cure forte?
3. Comment prendre D-Cure forte?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver D-Cure forte?
6. Information supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE D-CURE FORTE ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmaceutique : Vitamines.
- Indications thérapeutiques : D-CURE FORTE 100.000 UI est utilisé en tant que traitement d'attaque pour la carence en vitamine D.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER D-CURE FORTE?

N'utilisez pas D-CURE FORTE :

- si vous êtes allergique (hypersensible) au cholécalciférol ou à tout autre excipient de D-CURE FORTE (cf. rubrique 6).
- si vous avez moins de 18 ans.
- si vous souffrez d'hypercalcémie (augmentation du taux de calcium dans le sang) et/ou si vous souffrez d'hypercalciurie (augmentation du taux de calcium dans les urines).
- si vous souffrez de pseudo-hypoparathyroïdisme (perturbation du métabolisme de l'hormone parathyroïdienne), puisque le besoin en vitamine D est accru et doit être couvert tout lors de phases de sensibilité normale à la vitamine D. Dans ce cas, il y a un risque de surdosage prolongé. Des dérivés de la vitamine D sont également mieux disponibles dans ces cas.