

# 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.

## 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.

N° W21-633812

1633812

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10271 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAMMOUDI ABDELKRIM

Date de naissance : 26/03/1966

Adresse : 21 Lou3aya El qaghrib El Jadid Benchid

Tél. : 0659868987 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. HIBA OTMANE

Traumatologie - orthopédie  
24 , Bd Brahim Roudahl  
Lot Al maghrib Al jadid Benchid  
INPE: 021240882

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/04/2023

Nom et prénom du malade : HAMMOUDI ABDELKRIM Age: 57

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie chronique

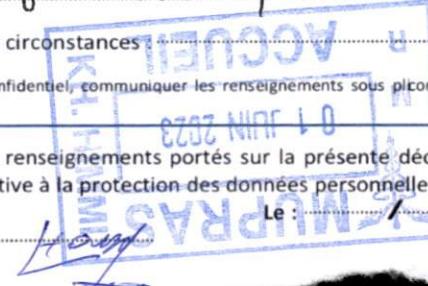
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) :



## **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
27.10.123.C.S + Radio		2	20.00 = 150	INP : 021240882

**Dr.HIBA OTMANE**  
**Traumatologie - orthopéd**  
**34 , Bd Brahim Roudani**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL OUM BERRADA Jhane 52, Boulevard Aïcha Tél: 0222 32 41 75</i>	07/04/23	Pharmacie AL OUM BERRADA Jhane 52, Boulevard Aïcha Tél: 0222 32 41 75 <b>151,90</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

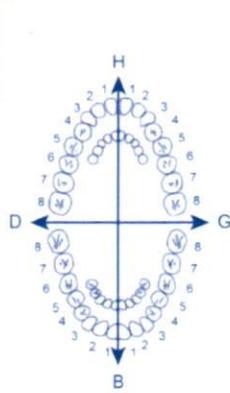
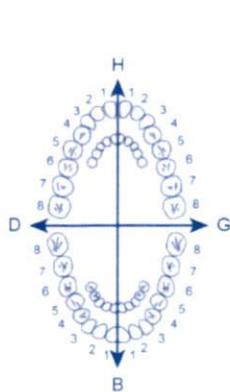
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

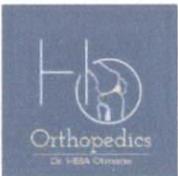
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Docteur HIBA Otmane  
Chirurgien orthopédiste  
traumatologue



الدكتور هيبة عثمان  
اختصاصي في أمراض و جراحة  
العظام و المفاصل

## COMPTE RENDU DE RADIOGRAPHIE DU BASSIN ET RACHIS LOMBAIRE

**Nom du Patient : HAMMOUDI ABDELKRIM**

**Date : 27 /04/2023**

- Ostéoporose modérée.
- Arthrose lombaire avec attitude scoliotique modérée.
- Articulations sacro-iliaques en place.
- Reste du bilan sans particularités.

**Dr.HIBA OTMANE**

Traumatologie - orthopédie

24 , Bd Brahim Roudani

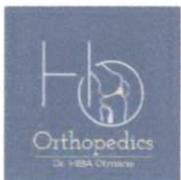
Lot Al maghrib Al Jadid Berrechid

BERRECHID

INPE: 021240882

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid  
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteuorthmane4@gmail.com  
24، شارع براهيم الروداني، تجزئة المغرب الجديد، الطابق السفلي، برشيد (قرب مطعم عز الشام)  
الهاتف: 0522039313 البريد الإلكتروني: Docteuorthmane4@gmail.com 0670241015

Docteur HIBA Otmane  
Chirurgien orthopédiste  
traumatologue



الدكتور هيبة عثمان  
اختصاصي في أمراض و جراحة  
العظام و المفاصل

## FACTURE RADIOLOGIE

*Nom du Patient : HAMMOUDI ABDELKRIM*

*Date : 27 /04/2023*

*Organisme : PAYANT*

<i>ENCAISSEMENT</i>	<i>200.00 DH</i>
<i>MODALITE DE PAYEMENT</i>	<i>ESPECIE</i>

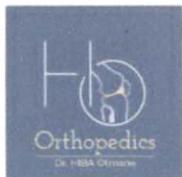
### La Réception

DR.HIBA OTMANE  
Traumatologie - orthopédie  
24 , Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
INPE: 021240882

BERRECHID LE: 27/04/2023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid  
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteuorthmane4@gmail.com  
24، شارع براهيم الروداني، تجزئة المغرب الجديد، الطابق السفلي، برشيد (قرب مطعم عز الشام)  
الهاتف: 0522039313 البريد الإلكتروني: Docteuorthmane4@gmail.com 0670241015

Docteur HIBA Otmane  
Chirurgien orthopédiste  
traumatologue



الدكتور هيبة عثمان  
اختصاصي في أمراض و جراحة  
العظام و المفاصل

## DEMANDE RADIOGRAPHIE

### DU BASSIN ET RACHIS

### LOMBAIRE (FACE)

Nom du Patient : HAMMOUDI ABDELKRIM

Date : 27 /04/2023

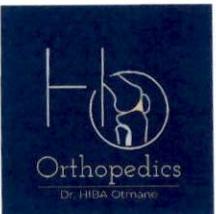
Dr.HIBA OTMANE  
Traumatologie - orthopédie  
24 , Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
INPE: 021240882

BERRECHID LE: 25/10/2023

24, boulevard brahim roudani, lotissement Almaghrib Aljadid, RDC, Berrechid  
Tel: 0522039313/0670241015 Courriel: Docteuromane4@gmail.com  
24، شارع براهيم الروداني، تجزئة المغرب الجديد، الطابق السفلي، برشيد (قرب مطعم عز الشام)  
الهاتف: 0522039313/0670241015 البريد الإلكتروني: Docteuromane4@gmail.com

# Docteur OTHMANE HIBA

Chirurgien orthopédiste-traumatologue  
Ancien chirurgien orthopédiste à  
l'hôpital d'Orsay-(France)  
Ancien chirurgien orthopédiste à  
l'hôpital Hassan II de Berrechid



الدكتور عثمان هيبة

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب جراح سابق بمستشفى أورساي (فرنسا)

طبيب جراح سابق بمستشفى الرازي ببرشيد

Berrechid Le

27/06/2015

## ORDONNANCE

Humectant Mdelkm

16,70 M

Nutritive Tonic S.V.

30,00 M

Alginate S.V. (25)

~~Pharmacie AL OUM~~

Alginate S.V.

151,90 M

Alginate S.V.

Dr. HIBA OTMANE  
Traumatologie - orthopédie  
24, Bd Brahim Roudani  
Lot Al maghrib Al jadid Berrechid  
INPE: 021240882

شارع ابراهيم الروదاني تجزئة المغرب الجديد (الطابق السفلي) - برشيد

24,Bd Brahim Roudani Lot Al maghrib Al jadid Rdc - Berrchid

البريد الإلكتروني : Docteuorthmane4@gmail.com

الهاتف : 05 22 03 93 13 / 0670241015

**COLTRAX® 4mg**Comprimés,  
Boîtes de 12**COLTRAX® 4ml/2ml**

Ampoules,

Boîtes de 6 ampoules de 2ml

**THIocolchicoside**

- 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 pharmacien ou à votre pharmacien.

- Si vous avez des symptômes ou des réactions que vous n'avez pas mentionnées dans cette liste, contactez votre pharmacien.

**Coltrax® 4 mg****12 comprimés**

6 118000 120322

scrut. Ne le  
en cas de  
ou si vous  
dans cette  
macien.

p cp  
4 mg  
Comprimé

45180

**IDENTIFIERS**  
Composants  
Comprimé  
THIOL  
Excipient

**EXCIPIENTS**  
Lactose

Solutol  
THIC  
Excipient

**EXCIPIENTS**  
Sodium

**Classification pharmacothérapeutique**

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Traitements d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?****POSOLOGIE :****Comprimés :**

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

**Solution injectable IM :**

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépasser pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme.

**Utilisation chez les enfants et les adolescents**

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

**DUREE DE TRAITEMENT :**

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

**ATTENTION !****DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

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

**Ne prenez jamais COLTRAX :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la thiocolchicoside, à la colchicine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte.
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.
- Si vous allaitez.
- En cas de trouble de la coagulation ou si vous suivez un traitement anticoagulant (contre-indication liée à la voie intramusculaire). Pour la forme Ampoules.

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

**EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS**

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENTENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

**Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :**

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- De la somnolence.

**Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :**

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

**Les effets indésirables suivants surviennent rarement :**

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une obnubilation passagère pour la forme ampoules.

**Les effets indésirables suivants sont de fréquence indéterminée :**

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle qu'un œdème de Quincke (brusque gonflement du cou et du visage pouvant entraîner une difficulté à respirer). Il peut provoquer également un choc anaphylactique (réaction allergique grave mettant le patient en danger avec malaise brutal et baisse importante de la tension artérielle, pouvant être précédée d'une éruption de boutons, de démangeaisons, de rougeurs sur la peau, d'une difficulté à respirer, d'un gonflement du visage et/ou du cou).

- Des convulsions ou des récidives de crises chez les patients épileptiques.

- Une atteinte du foie (hépatites)

- Un malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM pour la forme ampoules.

Si l'un de ces effets survient, arrêtez le médicament et contactez immédiatement votre médecin.

# DOLTRAM®

37,5 mg/325 mg  
Tramadol/Paracétamol

Comprimé pelliculé, boîte de 20

REV 30 DH 00  
PER 06 / 25  
LOT 1195 b

30,00



DOLTRAM® 37,5mg/325mg  
Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 041559

V  
p  
id  
s  
p  
  
C  
Le  
P  
No  
Pel  
List  
Ind  
DOL  
douleur.  
DOLTRAM  
tramadol  
DOLTRAM  
Posologie  
Mode et v  
Les compri  
Les compri  
mâchées.  
Durée du  
Prenez to  
médecin.  
Fréquence  
DOLTRA/  
Sauf pr  
de 2 comprimés.  
Des doses supplémentaires peuvent être administrées en fonction des besoins; se conformer à la prescription médicale.  
L'intervalle entre les prises doit être au minimum de 6 heures.

**Ne pas prendre plus de 8 comprimés de DOLTRAM® par jour.**

Votre médecin peut augmenter le délai entre les prises:

\* si vous avez plus de 75 ans: une maladie du rein, une maladie du foie.  
Il est conseillé de prendre DOLTRAM® pour une durée la plus courte possible.

#### Contre-indications :

Ne prenez jamais DOLTRAM®, comprimé pelliculé:

- \* si vous avez eu une réaction allergique (par exemple: éruption cutanée, gonflement du visage, sifflement ou difficulté respiratoire) après avoir pris du tramadol ou du paracétamol ou tout autre composant de DOLTRAM®.
- \* en cas d'intoxication aiguë par l'alcool, par les somnifères, par d'autres médicaments contre la douleur ou des médicaments psychotropes (médicaments qui agissent sur l'humeur et les émotions).
- \* si vous prenez en même temps des inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (médicaments utilisés pour le traitement de la dépression ou la maladie de Parkinson) ou si vous en avez pris au cours des deux semaines précédant le traitement par DOLTRAM®.
- \* si vous avez une maladie grave du foie,
- \* si vous avez une épilepsie non contrôlée par un traitement.

#### Effets Indésirables :

Comme tous les médicaments, DOLTRAM®, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables.

Très Fréquents (plus de 1 patient sur 10):

\* nausées, sensation de vertige, somnolence.

Fréquents (moins de 1 patient sur 10, mais plus de 1 patient sur 100):

\* vomissements, digestion difficile (constipation, ballonnements, diarrhée), douleurs abdominales, sécheresse de la bouche,

\* démangeaisons, sueurs, maux de tête, tremblements,

\* confusion, troubles du sommeil, modifications de l'humeur (anxiété, nervosité, euphorie).

Peu Fréquents (moins de 1 patient sur 100, mais plus de 1 patient sur 1000):

\* augmentation de la pression artérielle, troubles du rythme cardiaque, difficulté ou douleur lorsque vous urinez, réactions cutanées (éruptions, urticaire par exemple), picotements, engourdissements, sensations de fourmillement au niveau des membres, bourdonnements d'oreille, contractions musculaires involontaires, dépression, cauchemars, hallucinations, amnésie, difficultés à avaler, sang dans les selles, frissons, bouffées de chaleur, douleurs dans la poitrine, gêne respiratoire.

Rares (moins de 1 patient sur 1000, mais plus de 1 patient sur 10000):

\* convulsions, difficulté à coordonner les mouvements, dépendance médicamenteuse, troubles visuels, perte de conscience transitoire (syncope). Diminution du taux de sucre dans le sang (hypoglycémie).

Les effets indésirables suivants ont été rapportés chez les personnes prenant des médicaments contenant uniquement du tramadol ou du paracétamol. Contactez votre médecin si vous présentez l'un de ces effets pendant que vous prenez DOLTRAM®, comprimé pelliculé :

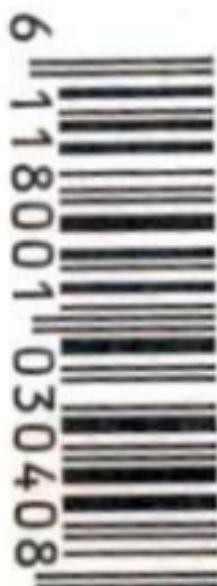
\* sensation de faiblesse lorsque vous vous levez après être resté allongé ou assis, diminution de la fréquence cardiaque, modification de l'appétit, faiblesse musculaire, respiration ralente ou affaiblie, modification de l'humeur, modification de l'activité, modification de la perception, aggravation d'un asthme existant.

\* dans de rares cas, une éruption cutanée, signe de réaction allergique, peut se développer avec un gonflement soudain du visage et du cou, des difficultés respiratoires ou une diminution de la pression artérielle et un évanouissement. Si vous êtes concernés, arrêtez votre traitement et consultez immédiatement votre médecin. Vous ne devez pas continuer de prendre ce traitement.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**احترموا الجرعات الموصوفة**

Liste II - Uniquement sur ordonnance.  
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.

لائحة II - يصرف فقط بمحض وصفة طبية  
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مرأى الأطفال.



○ VOLTARENÉ® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

**Voltarène® SR**  
**75mg**

20 comprimés enrobés

75 mg

