

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° W21-713956

713956

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11851</u>	Société : <u>PAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SAMI BA HAJA</u>			
Date de naissance : <u>23/07/79</u>			
Adresse : <u>N° 71 Cité PAN SIDI NAAROUF route de casablanca</u>			
Tél. : <u>0636714664</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Authorisation CNIDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
<i>Dr. Mounsif BIROUK</i> Chirurgies Orthopédiste Clinique Zerkouni (C) Casablanca Angle Bds 9 Avril et Med Abdou	
Date de consultation : <u>10/06/2013</u>	Age: _____
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	Age: _____
Nature de la maladie : <u>Dysarthrie</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous aconfidential 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) : _____

Le : _____

Le : _____

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
08/06/13	9		300	INP : 08/06/13 Dr. Mounisif BIRKIRI Chirurgies Orthopédiste Rue Zerkouni (C) Casabanca 0524 22 00 00 Med Abdou

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code de l'Ordre	Date	Montant de la Facture
Dr. RAHIM Mohammad Sidi Maârouf - Casablanca	20/06/23	3400 199,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mounsi BIRUK Chirurgies Orthopédique Zertkundi (C) Casabance 2 Avril et Med	09/06/13	Rx.	400

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

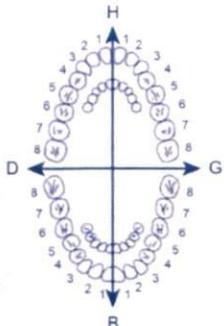
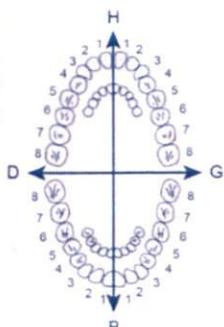
ST ADHERENT

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 : <input type="text"/>	
				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			
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le 20/06/12

Mme SAMI BAMIJA

Pharmacie au ~~angle~~
CHRAIBI Khalil
Docteur en Pharmacie
angle Rues Rodin et Mohamed Abdou
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 0522 25 14 67
NPE: 092017342

Pharmacie au ~~angle~~
CHRAIBI Khalil
Docteur en Pharmacie
angle Rues Rodin et Mohamed Abdou
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 0522 25 14 67
NPE: 092017342

Dr. Mounif BLOUK
Chirurgies Orthopédiste
Clinique Zerkouni (C) Casablanca
Bds 9 Avril et Med Abdou



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

08/06/2023

Mme SAMI BAHIJA

Incidence :

- Rachis dorsolombaire de face+profil

Compte rendu radiologique :

Drs M. M. M. Dr. M. Dr. M. Dr. M.

Dr. Mounif BIROUK
Chirurgies Orthopédiste
Clinique Zerkouni (C) Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Med Abdou



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 08/06/2023

Facture CZ 3530/23

Mme SAMI BAHIJA

Consultation	300 DH
Radiographie	400 DH
Injection	100 DH
TOTAL	800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme

//Huit Cent Dirhams //

*Dr. Mounif BIROUK
Chirurgies Orthopédiste
Clinique Zerkouni (C) Casablanca
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou*



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 08/06/123

Mr SADI BAHIJJA



COLTRAX

Comprimés
Boîtes de 12

- Veuillez lire cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous en aurez besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**Composition qualitative et quantitative.**

Comprimés p cp
THIACOLCHICOSIDE (DCI) 4 mg
Excipients Q.S.P. 1 Comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM p ampoule
THIACOLCHICOSIDE (DCI) 4 mg
Excipients Q.S.P. 2 ml

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium (IM)

Classe p

Classe pl

DANS Q

Traitemen
doulou
adultes

COMM.**POSOL**

Compri

La dose
heures (s
à 7 jours t

Sol

45,70

Coltrax® 4 mg

12 comprimés



6 118000 120322

DUREE DE TRAITEMENT :

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

OEDES® 20 mg

Microgranules gastrorésistants en gélule (Oméprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. Identification du médicament:

Forme pharmaceutique et présentation:

OEDES® 20 mg, Microgranules gastro-résistants en gélules, boîtes de 7, 14, 28 et 56.

2. Composition du médicament:

Principes actives:

Oméprazole 20 mg

EXCIPIENTS : q.s.p une gélule.

Excipient à effet notoire : Saccharose.

3. Classe pharmaco-thérapeutique :

OEDES® 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

4. Indications thérapeutiques

OEDES® 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-cesophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). OEDES® 20 mg peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

- un excès d'acide dans l'estomac dû à une affection du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellis).

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec

- le reflux gastro-cesophagien (RGO), au niveau de l'œsophage (le tube qui entraînant douleur, inflammation et brûlure).

- Les symptômes chez l'enfant peuvent dans la bouche du contenu de l' vomissements et une prise de poids lente.

Enfants âgés de plus de 4 ans et ad

- les ulcères infectés par une bactérie.

Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

5. Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration et Durée du traitement :

Veillez toujours à prendre ce médicament en suivant les indications de votre médecin ou pharmacien.

Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre. Cela dépend de votre état de santé et de votre âge.

Posologie :

Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous:

Utilisation chez les adultes :

Traitements des symptômes du reflux gastro-cesophagien tels que brûlures et régurgitation acide.

Si votre médecin constate que votre œsophage a été légèrement endommagé, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour.

gazeuse, un jus de fruit légèrement acide (jus d'orange, pamplemousse, ananas) ou dans de la compote de pomme.

• Toujours remuer juste avant de boire le mélange (le mélange ne sera pas homogène). Puis boire le mélange immédiatement les 30 minutes.

• Pour s'assurer que vous avez bu tout le médicament, bu le verre avec un demi-verre d'eau et le boire. Les morceaux contiennent le médicament, ne pas les mâcher ni les croquer.

6. Contre-indications :

Ne prenez jamais OEDES® 20 mg, gélule :

- si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des composants contenus dans OEDES® 20 mg.

- si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à (par exemple pantoprazole, lanoprazole, rabeoméprazole).

- Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir pour traiter l'infection par le VIH).

- Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne pas OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante. Si vous avez des doutes, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien et prenez OEDES® 20 mg.

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, étant rares mais sérieux, arrêtez de prendre OEDES® 20 mg et contactez immédiatement un médecin :

- Apparition soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres, de la langue et de la gorge ou du corps, éruptions cutanées de connaissance ou difficultés à avaler (réactions allergiques graves).

- Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation. Parfois, les bulles peuvent être importantes et s'accompagnent d'ulcérations au niveau des lèvres, des yeux, de la bouche, du nez et des parties génitales. Ceci peut correspondre à un syndrome Stevens-Johnson ou à une nécrolyse épidermique toxique.

- Jaunisse, urines foncées et fatigue peuvent être des symptômes d'une maladie du foie.

Les autres effets indésirables sont : *affection jusqu'à 1 pers*

LOT 211481
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

OEDES 20mg

14 gélules

6 118001 100071

• Troubles du goût.

• Troubles de la vue, tels que vision trouble.