

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.



Déclaration de Maladie
N° M20- 0000566

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15216 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARIENE Hassam
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : LOT ATTAKDAMOUNE RUE 6 M° 50 OULFA
 CASA
 Tél. : 0676021441 Total des frais engagés : 518,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/05/23
 Nom et prénom du malade : ARIENE Hassam Age : 74ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Fracture de l'humérus
 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 : Casa Le : 24/05/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
24/05/23	G	300	-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IMRANE Sidi Bou Said Tél: 023 86 23 41	24/05/23	38,20 INR 0.624 11801

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hopital Cheikh Krima Service Radiologie Tél: (0212) 0529 00 44 68	25/05/2023	cheville	80,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 73 642 / 2023 du 25/05/2023

Nom patient : **ARIRENE HASSAN**

Entrée 25/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DE FACE ET D	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 180,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	180,00				180,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0522 00 44 66
Fax : (+212) 0522 00 44 66
E-mail : www.h-kb-tcm.mr



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 25/05/2023
PATIENT : **ARIRENE Hassan**

Rx CHEVILLE F/P

Résultats :

Fracture de l'extrémité inférieure de la malléole interne non déplacée.
Démminéralisation osseuse.
Interligne articulaire respectée.
Surfaces articulaires régulières.
Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr LAFHED Sarah**

Dr. EL BENDABOU Sarah
Médecin Radiologue
INPE: 061304218
P. 18

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc
Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77
www.hck.fckm.ma



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
ROYAUME DU MAROC

Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat



Terminé 09/23
N° 40557
Dr. N. et Dr. E. photos 65.

Dr. Khalil Dhe

CS

Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat



Hossein
ARIENE

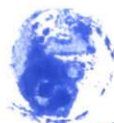
624/5123

38,20

(10) Difur Gal

Ng 13,

38,20



STE PHARMACIE EL IMRANE
N°31 Bloc 2 Indimaj Pole Urbain
Soualem Berrechid
Tel: 06 23 86 23 41

STE PHARMACIE EL IMRANE
N°31 Bloc 2 Indimaj Pole Urbain
Soualem Berrechid
Tel: 06 23 86 23 41

Professeur Salah FNINI
Traumatologie Orthopédie
15 Rue de la Lande, Angle Rue Amyot
Quartier des Hôpitaux
Casablanca
Tel: 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44

62

ديفال® هلام ديكلوفيناك للمصديومي

العرض و التركيب :

هلام عيار 1 بالمائة ديكلوفيناك الصديومي : أنبوب يحتوي على 20 غرام أو أنبوب يحتوي على 50 غرام.

الخصائص :

الديكلوفيناك هو مضاد الإنتهايات غير ستيرويدي، مشتق من حامض فيني لاكتيك من مجموعة أحماض أزيلكاربو كسيليك. تحت شكل هلام، يملك فعالية موضعية كمضاد الإنتهايات و مسكن للألم.

الاستطابات :

- علاج موضعي قصير المدة عند البالغ (ابتداء من 15 سنة)، في حالة الرضوض الهينة، إلتواء المفاصل، و الكدمات.
- طينبات الاعضاء العليا و السفلى.
 - الودمات التي تعقب العمليات الجراحية أو رضوضها.
 - العلاج العرض للإعتلالات المفصالية المؤلمة للأصابع و الركب.

ضد الاستطابات :

- حساسية للديكلوفيناك أو المفعول الجوهري المتقارب، إلى غير ذلك من مضادات الإنتهايات غير ستر ويدي AINS، الأسبرين.
- فرط الحساسية لأحد المكونات.
- إبتداء من بداية الشهر السادس للحمل.
- الجلد المتضرر، كيما كان نوع الضرر : مرض الجلد المترشح، القوباء، الجرح المتعفن، حروق أو جرح.

تأثيرات غير المرغوب فيها :

حالات كثيرة الوقوع :

تفاعلات جلدية : طفح جلدي، قوباء، طفح وردي، التهاب الأدمة (تشمل إنتهايات الأدمة بالملامة).

حالات نادرة :

تفاعلات جلدية : إصابة ما تحت البشرة الفقاعية، يلاحظ في بعض المرات مصاحبة الحكمة.

حالات نادرة و حالات منفصلة :

تفاعلات جلدية : طفح جلدي متبرش، شرى، فرغرية، التقرح الموضعي.

تفاعلات فرط الحساسية : أدمة كونك.

للمشاكل التنفسية : يمكن أن يكون حدوث أزمة ربو مرتبطة عند بعض المصابين بتحسس للأسبرين أو أحد مضادات الإنتهايات غير الستيرويدية - AINS- في هذه الحالات، ديفال® 1 بالمائة هلام لا ينصح به.

تفاعلات أخرى جلدية : حالات منفصلة من حالات التحسس الضوئي.

تأثير نسقية مضادات الإنتهايات غير الستيرويدية الأخرى :

لها وظيفة عابرة بالنقل الجلدي للمادة الفعالة، أيضا، كمية الهلام المطبق، و المساحة المعالجة، و درجة الكمال الجلدي، مدة العلاج و إستعمال أو عدم إستعمال الضمادات السادة (تأثيرات هضمية و كلوية).

تحذيرات و احتياطات عند الإستعمال :

مخصصة للبالغين (ابتداء من 15 سنة) .

التحذيرات :

لا يطبق الهلام على المخاط و لا على العين، يطبق فقط على المناطق المللمة.

ظهور طفح جلدي بعد التطبيق يفرض التوقيف الفوري للعلاج.

احتياطات الإستعمال :

ديفال® 1 بالمائة هلام يجب عدم إستعماله تحت ضماد ساد.

الحمل :

الديكلوفيناك لا ينصح به أثناء الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل بعد 24 أسبوعا من إنقطاع الطمث (5 أشهر تامة).

الرضاعة :

الديكلوفيناك، هو كجميع مضادات الإنتهايات غير الستيرويدية يمر لحليب الأم، و إحتياطيا، يستدعي تجنب تجرع المرأة المرضع، إذا كانت الحالة تفرض إستعماله، الديكلوفيناك هلام لا يجب تطبيقه على ثدي الأم المرضعة.

في حالة الإرتباب : استشيروا طبيبك أو الصيدلاني .

ديفال® 1 بالمائة هلام هو دواء : لا يجب تركه في متناول الأطفال.

المقادير و كيفية الإستعمال :

مخصص للبالغين (ابتداء من 15 سنة) .

المقادير :

تطبيق واحدة، 3 مرات في اليوم.

مدة العلاج : مدة العلاج محدد في 4 أيام.

طريقة التجريم :

عن الطريق الموضعي - إستعمال سطحي، لا يبلع.

بالذلك الطيف و الطويل على المنطقة المثلثة أو المربعة سيلج الهلام.

تنظف اليدين بعد كل إستعمال .

في حالة الإرتباب : استشيروا طبيبك أو الصيدلاني .

التداخل الدوائي :

بسبب ضعف المرور النسقي أثناء الإستعمال العادي للهلام، التداخلات الدوائية المزمع إليها للديكلوفيناك عن طريق الفم قليلة الوقوع.

الحفظ :

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مائوية .

مدة الحفظ بعد فتح الأنبوب = 6 أشهر .

التصريف : حر

DIFAL® 1% Gel

Diclofénac sodique

Diclofénac sodique - Gel 1%

Tube de 50 g

P.P.V. : 38,20 DH



PRESENTATIONS ET COMPOSITION :

Gel dosé à 1% de Diclofénac sodique : Tubes de 20 g et de 50 g.

PROPRIETES :

Le diclofénac est un anti-inflammatoire non stéroïdien, dérivé de l'acide phénylacétique du groupe des salicylés. Sous forme de gel, il possède une activité locale anti-inflammatoire et antalgique.

INDICATIONS :

Traitement local de courte durée chez l'adulte (à partir de 15 ans), en cas de traumatologie bénigne, entorses, contusions.

- Tendinites des membres supérieurs et inférieurs.
- Oedèmes post-opératoires et post-traumatiques.
- Traitement symptomatique de l'arthrose douloureuse des doigts et des genoux.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie au diclofénac ou aux substances d'activité proche, autres AINS.
- Hypersensibilité à l'un des composants.
- A partir du début du 6ème mois de la grossesse.
- Peau lésée, quelle que soit la lésion : dermatoses suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Cas fréquents :

Réactions cutanées : éruptions, eczéma ; érythèmes, dermatites (incluant les dermatites de contact).

Cas rares :

Réactions cutanées : dermatose bulleuse. Un prurit associé est parfois observé.

Cas très rares et cas isolés :

Réactions cutanées : éruption pustuleuse, urticaire, purpura, ulcérations locales.

Réactions d'hypersensibilité ; oedème angioneurotique (oedème de Quincke).

Problèmes respiratoires : la survenue de crise d'asthme peut être liée chez certains sujets à une allergie à l'aspirine ou à un AINS. Dans ce cas, DIFAL 1 % Gel est contre-indiqué.

Autres réactions cutanées : cas isolés de photosensibilité.

Autres effets systémiques des AINS :

Ils sont fonction du passage transdermique du principe actif et donc de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée, du degré d'intégrité cutanée, de la durée du traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement occlusif (effets digestifs, rénaux).

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans).

Mises en garde :

- Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les yeux ; appliquer uniquement sur la région douloureuse.
- L'apparition d'une éruption cutanée après application impose l'arrêt immédiat du traitement.

Précautions d'emploi :

DIFAL® 1% Gel ne doit pas être utilisé sous pansement occlusif.

Grossesse :

le diclofénac est contre-indiqué au cours du troisième trimestre de la grossesse au-delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois révolus).

Allaitement :

Le diclofénac, comme tous les AINS, passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de l'administrer chez la femme qui allaite. Si la situation impose son utilisation, le diclofénac Gel ne doit pas être appliqué sur les seins chez les mères qui allaitent.

EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

DIFAL® 1 % Gel est un médicament : ne pas laisser à la portée des enfants.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans).

Posologie :

1 application, 3 fois par jour.

Durée de traitement : La durée de traitement est limitée à 4 jours.

Mode d'administration :

Voie locale - Usage externe. A ne pas avaler.

Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Bien se laver les mains après chaque utilisation.

EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

En raison du faible passage systémique lors d'un usage normal du gel, les interactions médicamenteuses signalées pour le diclofénac per os sont peu probables.

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Durée de conservation après ouverture = 6 mois.

Délivrance : Libre.

DIFAL® 1% Gel - Tube de 20 g - AMM N° : 03 DMP/21/NNP

DIFAL® 1% Gel - Tube de 50 g - AMM N° : 04 DMP/21/NNP

