

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 152/6

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ARIENNE Hassam

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : LOT ATTAD A MOUNE RUE 6 M<sup>e</sup> 50 OULFA CASA

Tél. : 06760217441

Total des frais engagés : 518,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/05/23

Nom et prénom du malade : ARIENNE Hassam

Age : 74 ans

Lien de parenté : Lui-même

Lui-même

Comptoir

Enfant

Nature de la maladie : Fracture

Fracture

Chirurgie orthopédique et traumatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

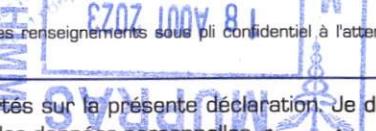
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

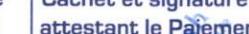
Signature de l'adhérent(e) :



EZ02 100V 81

SYNTHÈSE

## 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
24/05/23	G	300,-		 Dr. ENN Salas Spécialiste en Traumatologie L'Angle, 2ème Etage 31 21 03 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL IMRANE Imaj Pole Urbain Draâne Sahel Had Bérechid Tél. 23 86 23 41</p>	24/05/23	381,20 I.N.F. 0621.11801

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hôpital Cheikh Khalifa Service Radiologie 0329 00 44 66 Tél: (4212) 0329 00 44 66	25/05/2023	ex cheville	180.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

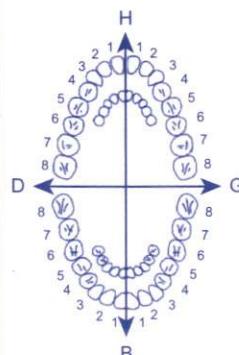
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

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 Sous-Total	180,00 180,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>180,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>180,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>180,00</b>				<b>180,00</b>	<b>0,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél: (+212) 0529 00 44 66  
Fax: (+212) 0529 00 44 66  
www.hckm.mr

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

**Rx CHEVILLE F/P**

**Résultats :**

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

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr LAFHEL Sarah**

Dr. EL BENDAÏD  
Médecin Radiologue  
INPE:061304248

**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.ftkm.ma](http://www.hck.ftkm.ma)

# 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

Ter 09/23

N<sup>o</sup> 10055 Sri Renu

Fr N<sup>o</sup> et DE plastes ls.

PK

Dr Salah Oli

~~Hôpital Civil Khadilia BIR ZOUBIR~~  
~~Service Radiologie~~  
~~Tél: (+212) 0529 01322~~

←  
Cabinet : 15 Rue de la Lande, Angle Rue Amyot, 2<sup>me</sup> étage, Quartier des Hôpitaux, Casablanca - Tél.: 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44  
Clinique Mers Sultan : 64, Bd Omar El Idrissi (en face jardin Murdoch), Casablanca - Tél.: 05 22 27 72 72 / 05 22 27 80 34  
E-mail : safifnini@yahoo.fr - INP : 091146084 - en cas d'urgence GSM : 06 61 21 03 88 / 06 64 75 46 44

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  
El Idrissi

22/05/23

38,20

(10) Diffr. 60°



STE PHARMACIE EL IMRANE  
N°31 Bloc 2 Indimaj Pole Urbain  
1 Industriel Al Omraa Sahel Had  
Soualem Berrechid  
Tél : 06 23 86 23 41

38,20

13,8

STE PHARMACIE EL IMRANE  
N°31 Bloc 2 Indimaj Pole Urbain  
1 Industriel Al Omraa Sahel Had  
Soualem Berrechid  
Tél : 06 23 86 23 41



22

Cabinet : 15 Rue de la Lande, Angle Rue Amyot, 2ème étage, Quartier des Hôpitaux, Casablanca - Tél.: 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44

Clinique Mers Sultan : 64, Bd Omar El Idrissi (en face jardin Murdoch), Casablanca - Tél.: 05 22 27 72 72 / 05 22 27 80 34

E-mail : safifnini@yahoo.fr - INP : 091146084 - en cas d'urgence GSM : 06 61 21 03 88 / 06 64 75 46 44

# ديفال® هلام

ديكلوفيناك المصديرومى

## العرض والتراكيب:

هلام عيار 1 بالملائكة ديكلوفيناك المصديرومى: أنيوب يحتوى على 20 غرام أو أنيوب يحتوى على 50 غرام.

الخصائص: المضاد للالتهابات غيرستيرويدى، مشتق من حامض فيني لاكتيك من مجموعة أحماض أريلكاربوكسيبليك. تحت شكل هلام، يملك فعالية موضعية كمضاد للالتهابات ومسكن للألم.

## الاستطبابات:

علاج موضعى قصير المدى عند البالغ (إبتداء من 15 سنة)، في حالة الرضوض المهدىء، التواء المفاصل، والكلمات.

- طببىات الأعضاء العلية والسفلى.

- الودمات التي تعقب العمليات الجراحية أو رضوضها.

- العلاج العرض للاعتلات المفصلية المولدة للأاصابع والركب.

## ضد الاستطبابات:

- حساسية للديكلوفيناك أو المفعول الجواهرى المقارب، إلى غير ذلك من مضادات الالتهابات غيرستيرويدى AINS، الأسيرين.

- فرط الحساسية لأحد المكونات.

- إبتداء من بداية الشهر السادس للحمل.

- الجلد المتضرر، كيما كان نوعضرر: مرض الجلد المترشح، القوباء، الجرح المتعفن، حروق أو جرح.

## تأثيرات غير المرغوب فيها:

حالات كثيرة الوقوع: فطح جلدي، قوباء، طفح وردي، إنتهاك الأدمة (تشمل الالتهابات الأدمة بالملامسة).

## حالات نادرة:

نفخات جلدية: إصابة ما تحت البشرة الفقاعية، يلاحظ في بعض المرات مصاحبة الحكة.

## نفخات نادرة وحالات منفصلة:

نفخات جلدية: فطح جلدي متشر، شرى، فرفري، التقرح الموضعي.

نفخات فرت الحساسية: إدمة كونك.

الشاشة المنشورة: يمكن أن يكون حدوث ازمه رو مرتبطة عند بعض المصابين بتحسس للأسيرين أو أحد مضادات الالتهابات غيرستيرويدية - AINS - في هذه الحالات.

نفخات أخرى نادرة: حالات منفصلة من حالات التحسس الضوئي.

تأثير نسقية مضادات الالتهابات غيرستيرويدية الأخرى: لها وظيفة عاشرة بالغ الجلدى للسادة القمال، أيضاً، كمية الهلام المطبق، والمساحة المعالجة، ودرجة الكمال الجلدي، مدة العلاج وإستعمال أو عدم إستعمال الضمادات السادة

(تأثيرات فرضية وكولوية).

## تدابير وإحتياطات عند الاستعمال:

محضنة للبالغين (إبتداء من 15 سنة).

## التدابير:

لا يطبق الهلام على المخاط واللثة على الأعين، يطبق فقط على المناطق الملمة.

ظهور فطح جلدي بعد التطبيق يفرض التوقف الفوري للعلاج.

## احتياطات الاستعمال:

ديفال® بالملائكة هلام يجب عدم إستعماله تحت ضماد ساد.

## الحمل:

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

## الرضاعة:

الديكلوفيناك، هو كجميع مضادات الالتهابات غيرستيرويدية يمر لحليب الأم، وإحتياطياً، يستدعي تجنب تغیر المرأة المرضع، إذا كانت الحالة تفرض استعماله، الديكلوفيناك

هلام لا يجب تطبيقه على لدئ الأم الرضاعة.

في حالة الارتباط: استشروا طبيبك أو الصيدلاني.

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

## المقادير وكيفية الاستعمال:

محضنة للبالغين (إبتداء من 15 سنة).

## المقادير:

تطبيقة واحدة، 3 مرات في اليوم.

مدة العلاج: مدة العلاج محدد في 4 أيام.

## طريقة التحرير:

عن الطريق الموضعي - إستعمال سطحي، لا يليغ.

بالذيل التقطيفي والطويل على المنطقة الملمة أو الموجعة سيلح الهلام.

## تنظيف اليدين بعد كل إستعمال:

في حالة الارتباط: استشروا طبيبك أو الصيدلاني.

الداخل الموقتى: ينصح به استشارة طبيبك أو الصيدلاني.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

مدة الحفظ بعد فتح الأنابيب = 6 أشهر.

التصدير: حر

يسبب ضعف المروء النسقي أثناء الإستعمال العادى للهلام، التداخلات الدوائية المولدة إليها للديكلوفيناك عن طريق الفم قليلة الوقوع.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.



# DIFAL® 1% Gel

## Diclofénac sodique

Diclofénac sodique - Gel 1%  
Tube de 50 g

P.P.V. : 38,20 DH

6 118000 191353

### PRESENTATIONS ET COMPOSITION :

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

### PROPRIÉTÉS :

Le diclofénac est un anti-inflammatoire non stéroïdien, dérivé de l'acide phénylacététique du groupe des AINS. 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, ulcération locale.

Réactions d'hypersensibilité ; œdème angioneurotique (œdème 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 PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Réservez 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 allait. 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 :

Réservez 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 MÉDICAMENTEUSES :

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 :

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

*Edition : Janvier 2013*



**LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALÉNICA**  
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

IMP. ADR 02/20  
NDFZ3VFA01