

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
du Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 058477

43250

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3098 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARRATI DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 666 871 111 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

+

Date de consultation : / /

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :




8

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
06/10/20		(1)	483.70	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BOUBAKER Rés Riad Oufia 1, 9133, E 11 119 et 20 Oufia - CASABLANCA 05 22 65 84 64	06/10/20	483.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
06/10/20	06/10/20		658.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

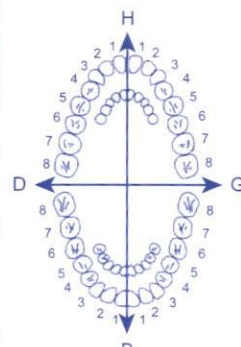
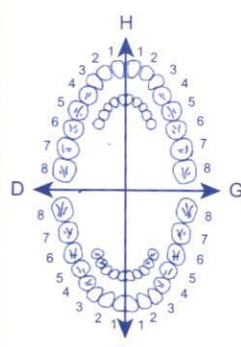
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 02/10/2020

MAMATI DRIN

35.70

1 boîte 160 g

0 - 15 - 0

99.00

LD 205

0 - 5 - 10

3 -

N=0thugyl sirop

349.00

1 boîte 94

1 boîte 94

04

183.70

duoxol

2 upx2

PHARMACIE ROUBAKER
Rue Med Oulfa 1, GH33, E 11
M19 et 20 Oulfa - CASABLANCA
05 22 65 84 64

الدكتور الكبيري قيادي
Dr. Lakbir QIYADI
الصيدلي في الطب الباطني
CASABLANCA

وصفة ORDONNANCE



Le 05/06/2012

MR HARATI DMS

- Mée 29	Bo 000012
- curat 4	36
- GAT	19
- CR T MAL HMC	07
- Rg	09
- MAFI - MAFAT	35
- Propriété 10	2000011
	12
	14

[Signature]

KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYSAL

correspond

Excipients

d'ammonium

c) FORME

Poudre po

d) CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION
PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme),
- En cas de maladie hémorragique,
- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3g/j)),
- En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENEALLEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI


Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN notamment si vous prenez des anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses >3g/j).

LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie**Enoxaparine sodique****SANOFI** 

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ?
3. Comment utiliser LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : agent antithrombotique, groupe de l'héparine - code ATC : B01AB05

LOVENOX contient une substance active appelée énoxaparine sodique.

- vous avez eu une réaction à l'héparine ayant entraîné une diminution importante du nombre de vos cellules de la coagulation (plaquettes) au cours des 100 derniers jours
- vous présentez des anticorps dirigés contre l'énoxaparine dans votre sang
- vous saignez abondamment ou avez subi récemment :
 - o un ulcère des yeux,
 - o une hémorragie interne
- vous utilisez LOVENOX en même temps que :
 - o d'une ponction
 - o d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000UI/ml x 10
PPV : 349,00 DH



N'utilisez pas LOVENOX si l'un ou l'autre des cas ci-dessus vous concerne. Si vous n'êtes pas sûr(e), parlez-en à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser LOVENOX.

Avertissements et précautions

LOVENOX ne doit pas être remplacé par d'autres héparines de bas poids moléculaire comme la nadroparine, la tinzaparine ou la dalteparine. Cela est dû au fait qu'elles ne sont pas exactement identiques et n'ont pas la même activité, ni les mêmes instructions d'utilisation.

Consultez votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser LOVENOX si :

- vous avez déjà eu une réaction à l'héparine ayant causé une diminution importante du nombre de cellules de la coagulation (plaquettes)
- vous portez une valve cardiaque
- vous présentez une endocardite (une infection de l'enveloppe interne du cœur)
- vous avez des antécédents d'ulcère de l'estomac

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1169225		N° SEJOUR : 200061344		FACTURE N° 2005037188		DATE D'ENTREE : 01/10/2020		DATE DE SORTIE : 01/10/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : HARRATI,Driss					
MALADE : HARRATI,Driss											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG		CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00
Intervenant : M0100003 DR. QIYAD LAKBIR					TOTAUX :	250.00					250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU :	250.00					
DATE FACTURE : 01/10/2020					EDITEE LE : 01/10/2020		PAR: SAAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
					BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
					N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
NPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1169225		N° SEJOUR : 200062591		FACTURE N° 2005038121		DATE D'ENTREE : 06/10/2020		DATE DE SORTIE : 06/10/2020	
ASSURE :						DESTINATAIRE : HARRATI,Driss			
MALADE : HARRATI,Driss				UF: 5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :					
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
TIERS PAYANT 2 :									
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	580.00	1.10	638.00					0.00	638.00

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES .		TOTAUX :		638.00						638.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT TRENTE HUIT DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		688.00					
DATE FACTURE : 06/10/2020		EDITEE LE : 06/10/2020		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31					

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 06-10-2020 à 10:56

Code patient : 2010060031

Né(e) le : ()

IPP : 1169225



Mr HARRATI Driss

Dossier N° : 2010060031

Prescripteur :

EXTERNE

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun (spectrophotométrie, biolab)	1.04 g/l	(0.74-1.10)
Transaminases GOT (ASAT)	17 UI/L	(<40)
Transaminases TGP (ALAT)	12 UI/L	(<40)
Urée	0.50 g/l	(0.16-0.48)
Créatinine	9 mg/L	(5-12)

BILAN LIPIDIQUE

Cholestérol total	1.82 g/L	(1.50-2.00)
Triglycérides	1.09 g/L	(0.50-1.50)
Cholestérol - HDL	0.55 g/L	(0.40-0.80)
Cholestérol - LDL	1.05 g/L	(<1.50)

Indications thérapeutiques : Recommandations AFFSAPS

Prévention primaire :

Absence de facteur de risque	: < 2.20 g/L	soit	5.7 mmol/L
1 facteur de risque	: < 1.90 g/L	soit	4.9 mmol/L
2 facteurs de risques	: < 1.60 g/L	soit	4.1 mmol/L
Plus de 2 facteurs de risques	: < 1.30 g/L	soit	3.4 mmol/L

Prévention secondaire :

Maladie coronarienne	: < 1.00 g/L	soit	2.6 mmol/L
----------------------	--------------	------	------------

Les facteurs de risque sont l'âge (>50 ans pour l'homme et >60 ans pour la femme), les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabagisme et le cholestérol HDL <1.0 mmol/l (0.40 g/l)

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine	<0.100 ng/mL	(<0.100)
-----------	--------------	----------

Validé par : QELFATHI OUMAIMA

