

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

- Reclamation : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-581639

49574

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11151</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>80555 MENEBITI LAIC</u>
Nom & Prénom : <u>SOUSS MENEBITI LAIC</u>			
Date de naissance : <u>01 09 1974</u>			
Adresse : <u>81 Sidi Lakhdar Ben Abdellah</u>			
Tél. : <u>06648546</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>choc</u>			
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 : <u>11 DEC 2020</u>		
Signature de l'adhérent(e) : 			
ACCUEIL			

VOLET ADHERENT			
Déclaration de maladie	N°	W19-581639	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.			
Coupon à conserver par l'adhérent(e).			
Matricule :	<u>11151</u>		
Nom de l'adhérent(e) :		<u>SOUSS MENEBITI LAIC</u>	
Total des frais engagés : _____			
Date de dépôt : _____			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24/10/2023			F.N. 1030.86	INP : <input type="text"/>
			233.72 FR	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA MURAILLE</i> <i>PARIS 11^e</i>	<i>26/10/2022</i>	<i>121,20</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2000264991 / 170819200806SM

Prénom : Laila

Nom : SOUSSI MENEBHIL

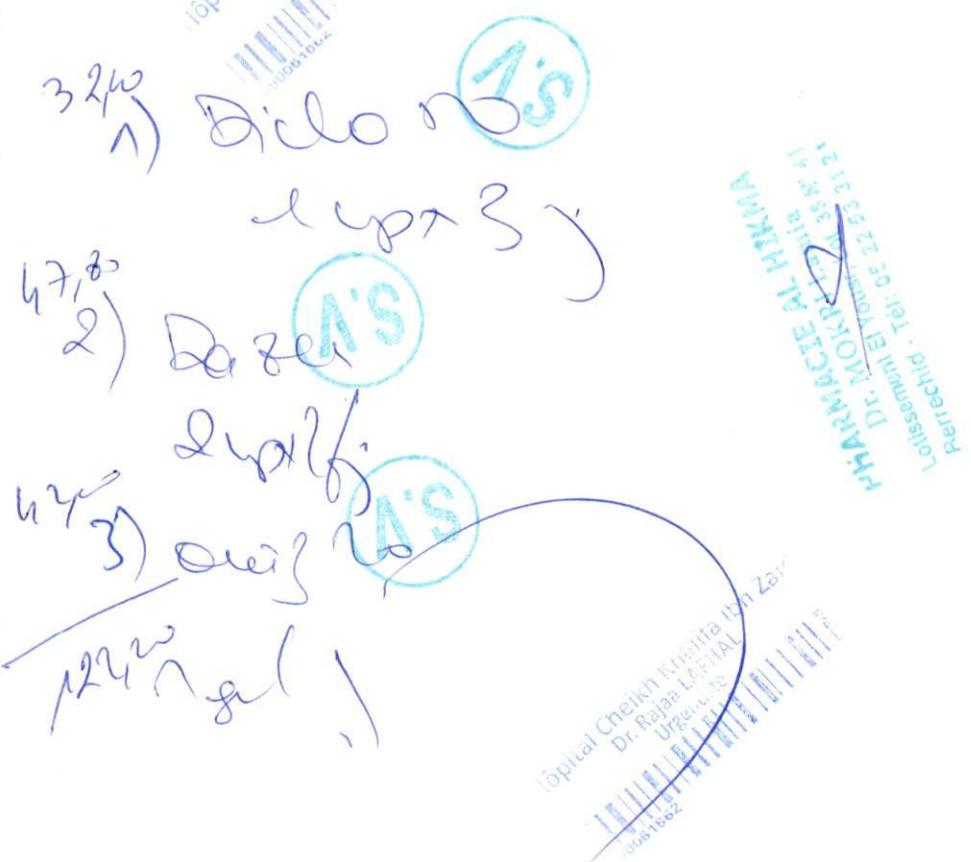
DDN : 01/09/1974 E: 24/10/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe: F



Omiz®

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ® 20mg

Oméprazole..... 20 mg

Excipients q.s.p..... 1 gélule

Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

OMIZ® 10mg

Oméprazole..... 10 mg

Excipients q.s.p..... 1 gélule

Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau du

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :
 - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale,
 - Ulcère duodénal évolutif,
 - Ulcère gastrique évolutif,
 - (Esophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-oesophagien,
 - Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une esophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
 - Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
 - Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-oesophagien,
 - Syndrome de Zollinger-Ellison,
 - Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
 - Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-oesophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

42,00

Omiz 20mg
14 gélules



6 118000 092421

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poudre de lait. Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40.

CLASSE PHARMACO-THERAPIQUE

ENZYMOOTHERAPIE à visée anti-inflammatoire

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou Al aouar

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques et respiratoire récente avec difficulté d'évacuation.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illégitime.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistant



6 118000 181064

DICLO PHARMA 5®

(DICLOFENAC SODIQUE)

COMPOSITION

Spécialités	Diclo pharma 5* 75 mg injectables	Diclo pharma 5* 50 mg comprimés gastro-résistants
Composants		
Diclofénac sodique	75 mg	50 mg
Excipients	q.s.p. 3 ml	q.s.p. 1 comprimé
		q.s.p. 1 si

LOT : 2484
UT. AV : 07.23
P.P.V : 32 DH 40

Diclo Pharma 5* 50mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 09028

INDICATIONS

Maladies rhumatismales à localisation articulaire : arthrite rhumatismale, osseuses et rhumatismales à localisation extra-articulaire : périarthrites, bursites, tendinites, myopathies.

CONTRE-INDICATIONS

Le produit ne doit pas être administré en cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de graves troubles gastro-entériques, de grossesse, durant l'allaitement, d'insuffisance rénale ou d'altération de l'hémopoïèse ou en cours de traitement avec les anticoagulants.

Comme d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, le Diclofénac est contre-indiqué chez les sujets qui, après administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments qui inhibent la prostaglandine synthétase, ont présenté des crises asthmatiques, l'urticaire ou rhinite aiguë. De plus, il est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité individuelle vérifiée au Diclofénac. Enfant de moins de 15 ans pour les injectables et les suppositoires et moins de 12 ans pour les comprimés.

EFFETS INDESIRABLES

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter un médecin.

Rarement, on aura des manifestations allergiques telles que rash cutané, prurit, crises asthmatiques et/ou réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes.

Quelquefois, on a enregistré des troubles du SNC tels que céphalée, excitation, irritabilité, insomnie, asthénie, éblouissements.

En cas particulier dans les traitements prolongés, peuvent se présenter des oedèmes périphériques, une augmentation des transaminases, l'ulcère, des altérations de l'hémopoïèse (leucopénie, thrombopénie, anémie aplastique), une insuffisance rénale, un syndrome néphrotique, un érythème exsudatif multiforme. Quelquefois, rarement, chez des sujets l'emploi des suppositoires peut déterminer l'apparition de phénomènes collatéraux locaux et transitoires (brûlures, ténèse).

POSOLOGIE

Comprimés gastro-résistants de 50 mg : Thérapie d'attaque : 1 comprimé, 3 fois/jour. Thérapie prolongée : 1 comprimé, 2 fois/jour (le matin et le soir) ; dans certains cas on prévoit une réduction de la posologie.

Administrer durant ou après les repas (le petit déjeuner et le dîner)

Suppositoires de 100 mg : 1 suppositoire, 1-2 fois/jour.

La thérapie rectale peut être associée à la thérapie orale : 1 suppositoire, le soir, et 1 comprimé de 50 mg lors du petit déjeuner.

Ampoules injectables de 75 mg : 1 ampoule/jour par voie intramusculaire pendant 2 jours puis passer aux comprimés ou aux suppositoires.

PRESENTATIONS

Boîte de 20 comprimés gastro-résistants de 50 mg.

Boîte de 10 suppositoires de 100 mg.

Boîte de 6 ampoules injectables de 75 mg.

Boîte de 2 ampoules injectables de 75 mg.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

LISTE II



Laboratoires PHARMA 5 - Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Coller Etiquette De BAF

2000264991 / 170819200806SM

Prénom : Laila

Nom : SOUSSI MENEHBI

DDN : 01/09/1974 E: 24/10/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN

RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

De au pied niveau de la jambe
insolite + douleur associée

• RADIO STANDARD :

FACE

PROF

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Signature et cache du médecin des

URGENCES

MÉDECIN INTERNE

MÉDECIN CHIRURGIEN

MÉDECIN D'URGENCE

Casablanca , le 24/10/2020

PATIENT : SOUSSI MENEBHI Laila

Rx DE LA JAMBE GAUCHE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Absence de lésion osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BERROUYNE

Abdelali BERROUYNE
Médecin Radiologue

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 105 086 / 2020 du 24/10/2020

Nom patient : SOUSSI MENEGBHI LAILA

Entrée 24/10/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/10/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
- Radiographie de la jambe sous une incidence	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0180	216,00	216,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	746,00
<i>PHARMACIE</i>				
	1,00		57,72	57,72
			Sous-Total	57,72
Total Frais Clinique				803,72

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT TROIS DIRHAMS SOIXANTE-DOUZE CENTIMES

Total 803,72

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	803,72			803,72	0,00

N°INP: 090061862
E-mail : contact@ctdmhck.ma
Fax : 05 29 03 53 45
Tel: 06 29 03 53 45
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

16/11/2020
12:43

Nom Patient	Numéro dossier	91			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	otal
24/10/2020	PARACETAMOL 1G INJECT 1G INJECTA (01)	952864	1,00	12,73	12,73
24/10/2020	ACUPAN 20mg Injecta (05)(1)	952864	1,00	6,54	6,54
24/10/2020	CLOPRAUME 10mg Injecta (10)(1)	952864	1,00	1,39	1,39
24/10/2020	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	952864	1,00	3,43	3,43
24/10/2020	SERINGUE 10ML	952864	1,00	0,84	0,84
24/10/2020	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	952864	1,00	1,21	1,21
24/10/2020	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	952864	1,00	0,55	0,55
24/10/2020	INTRANULE G 20	952864	1,00	1,82	1,82
24/10/2020	COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	952981	1,00	2,91	2,91
24/10/2020	BANDE DE CREPE 10 CM	952981	1,00	6,30	6,30
24/10/2020	ALCOOL DEZENFEKT 30ML 70° Spray (01)	952981	1,00	20,00	0,00
		Total pharmacie			1,72

NINP N59061362
E-mail : comm@chkm.tn
Fax : 2529 80 48 77
Tel : 05 29 03 45
Hospital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

PRESTATIONS DISPENSEES AU PATIEN

1223495

2000264991

16/11/2020

12:43

Date	N° Admission	Prestataire	Prestation	Nombre	PU	Montant
24/10/2020	2000264991	LIMS	NFS - Numération formule sanguine +	1	1,20	96,00
24/10/2020	2000264991	LIMS	Protéine C réactive - CRP	1	1,20	120,00
Total					216,00	

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 00 44 77
 Fax: 05 29 00 44 77
 Email: gouta@icm.hck.ma
 NIN: 090061852