

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0042006

ND = 17869

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2451	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom :		AHRID MUSTAPHA	
Date de naissance :		1949	
Adresse :		Res. elfaqr Imm. Rihone N° 4 Hay elqadda Sidi Bernoussi	
Tél. :		0660.870931	Total des frais engagés :
		434,8 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imane FLEACHA
Médecin Généraliste
Poly Clinique Cité Sidi Bernoussi

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 04/01/2020

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
DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU MONTANT DES HONORAIRES DU 01/01/2012 AU 31/12/2012				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
JARMA C.I. El Mouatafa Hay Al Oods El Moudawia Casablanca 05 22 73 57 37	04/11/20	164.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Imagerie Généraliste Poly Clinique Sidi Bernoulli</i>	<i>20-2-15</i>		<i>1830 SN</i>

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'ORL.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة

ORDONNANCE

Casablanca, le 04/01/2020.

سيدي البرنوصي
Sidi Bernoussi

AH RID Fatima.

1s

1) 60/9 Flumax 15 mg.

لـ ٦٥٩

1s

2) ٢٤ Cedat.

٣٢ لـ ٦٥٢ سـ ٣٧
 Cedat ٣٠ mg

1s

٣٥ لـ ١٨٧ جـ ٧٥
Also ٧٥

1s

1s

164.80



PPC 30.00 DH
LOT 2016932
EXP 12/2022

30,00

Dr. Inan
Médecin Général
Poly Clinique CNSS Sidi Be-

FLAMIX®

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

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

FLAMIX®

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par contre-indication :

FLAMIX 7,5 mg

Méoxicam (DCI) 7,5 mg

FLAMIX 15 mg

Méoxicam (DCI) 15 mg

Excipients connus : Citrate de sodium dihydrate, lactose monohydraté, cellulose microcristalline, povidone, silice colloïdale anhydre, crospovidone, stearate de magnésium.

c) FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS

FLAMIX 7,5 mg : boîte de 14 comprimés.

FLAMIX 15 mg : boîte de 14 comprimés.

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams (code ATC : MOTAC06).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

*Traitement symptomatique au long cours de la polyarthrite rhumatoïde.

*Traitement symptomatique au long cours de la spondylarthrite ankylosante.

*Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës d'arthrose.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- 3^e trimestre de la grossesse.

- Enfants et adolescents de moins de 16 ans.

- Hypersensibilité au méoxicam ou à l'un des excipients, ou hypersensibilité aux molécules d'activité proche telles qu'autres AINS, aspirine, ...

- Chez les patients ayant développé des phénomènes d'asthme, de polypes nasaux, d'insuffisance rénale ou hépatique ou d'insuffisance rénale et insuffisance hépatique ou d'insuffisance rénale et insuffisance hépatique ou de porphyrie n'est pas nécessaire.

- Antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS.

- Ulcère péptique évolutif ou récent, antécédents d'ulcère péptique ou d'hémorragie récurrente.

- Hémorragies gastro-intestinales, antécédents d'hémorragies cérébrales, ou de toute autre nature.

- Insuffisance hépatocellulaire sévère.

- Insuffisance rénale sévère non dialysée.

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

FLAMIX est contre-indiqué au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Allaitement :

L'administration de ce médicament n'est pas recommandée en cas d'allaitement.

DE DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT

e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

En cas de survenue de troubles de la vision, de somnolence, de vertiges ou autres troubles du système nerveux central, il est recommandé de s'abstenir de conduire ou d'utiliser des machines.

f) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

Lactose, Sodium.

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

a) POSOLOGIE USUELLE

Reservé à l'adulte et à l'adolescent de plus de 16 ans.

Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante - 45 mg/jour.

Référant thérapeutique, la dose pourra être réduite.

Poussées aiguës d'arthrose - 7,5 mg/jour.

En cas de besoin, en l'absence d'amélioration.

Ne pas dépasser la posologie de

Populations particulières :

- Chez les sujets âgés : en traiter de la spondylarthrite ankylosante,

patients présentant un risque accroché.

la posologie de 7,5 mg/jour.

- Chez l'insuffisant renal hémodialytique.

- Insuffisance rénale et insuffisance hépatique.

DANS TOUT LES CAS VOUS C

L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉ

EDECIN.

b) VOIE ET MODE D'A

Vos orale.

La dose quotidienne doit être prise

repas.

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER

AFRIC-PHAR
LOT : 19N002
EXP : 11/21
PPV : 60DH90

DE
un
ou
les
à
jur.
tion
r A
DE

Céadol®

PARACETAMOL + CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol 400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée 20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base)

Excipients q.s.p.
A yellow rectangular tag is attached to the box. It has a large red handwritten price of "22.00". There are three black arrows pointing from the text above to this tag.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.
EN CAS DE DOUCE 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, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
Ne les associer pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

OEDES^SONS D'EMPLOI

Microgranules gastro-résistants en gélule :

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice est déconseillée chez les patients
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de malabsorption du glucose et du à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement d'autre, même en cas de symptômes identiques.
- Si l'un des effets indésirables devient gravement mentionné dans cette notice, parlez-en à ANDER L'AVIS DE VOTRE

DENOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES^S 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active avec l'atazanavir ass

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION ENTRE PLUSIEURS

Microgranules gastro-résistants en gélules. DUT AUTRE TRAITEMENT

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERA

Oedès 20mg, microgranules gastro-résistants oméprazole. C'est un médicament de la classe que sur les conseil diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac le traitement, consi

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT :

Indications :

Adulte :

•En association à une bithérapie antibiotique maladie ulcéruse gastroduodénale.

•Ulcère duodénal évolutif.

•Ulcère gastrique évolutif.

•Esophagite érosive ou ulcération symptomatique du reflux gastro-oéen que tout le monde en cas de résistance à la posologie de 10 mg/seméité légère et disi

•Traitement d'entretien des ulcères duodénaux c pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été pos

•Traitement d'entretien des œsophagites par patients traités) :

•Syndrome de Zollinger-Ellison.

•Traitement des lésions gastroduodenales induit lorsque la poursuite des anti-inflammatoires e

•Traitement préventif des lésions gastroduodenales chez les patients à risque (notamment d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un tra

Enfant à partir de 1 an :

(les patients traités) :

•Œsophagite érosive ou ulcération symptomatique, dépression et hallucinations, contre-indications :

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE DES pathologies sévères, gynécopathie

NE prenez jamais Oedès 20mg, microgranule action due à un champignon), diminution

•En cas d'allergie connue à l'un des composés rouges, globules blancs, plaquettes),

•En association avec l'atazanavir associé au suffisance hépatique sévère préexistante, que, douleurs articulaires ou musculaires,

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLES CUTANÉES GRAVES (réactions bulleuses), MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

TRÉS INTERACTIONS

E E

ui

la

F

2

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

x

s

s

e

s

e

s

e

s

e

s

e

s

e

s

e

s

e



N° IPP : 509314	N° SEJOUR : 200000458	FACTURE N° 2004000156				DATE D'ENTREE : 04/01/2020 DATE DE SORTIE : 04/01/2020				
ASSURE :										
MALADE : AHRID,Fatima		UF: 5003 RADIOLOGIE				DESTINATAIRE : AHRID,Fatima				
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	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE			TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 04/01/2020 EDITEE LE : 04/01/2020 PAR: KHALDI			ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :				DATE AT :		
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI		
			N° compte bancaire : 0117800004921006006888						





N° IPP : 509314	N° SEJOUR : 200000462	FACTURE N° 2005000165				DATE D'ENTREE : 04/01/2020		DATE DE SORTIE : 04/01/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AHRID,Fatima		
MALADE : AHRID,Fatima		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	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00 120.00	
FOURNITURES MEDICALES				2.20					0.00 2.20	

Intervenant : 100104 DR. EL BACHA IMANE	TOTAUX :	122.20						122.20
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
CENT VINGT DEUX DHS ET VINGT CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	122.20			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 04/01/2020	EDITEE LE : 04/01/2020	PAR: KHALDI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :					
			DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI		
			BANQUE :			BMCE - BERNOUSSI		
			N° compte bancaire :			0117800004921006006888		



Service de Radiologie	Billet Radiologie	Nom du Service demandé
Centre de Santé LA MÉDECINE SOCIALE	Radiologie	
Prénom : []	Numéro : 0000585	Date : 06.03.1982
AH R ID fatima		
Renseignements Clinique		Examen demandé
Ra pied Gh face + profil.		
Le Médecin Traquant		
 POLYCLINIQUE HASSAN II CASABLANCA * SERVICE DE RADILOGIE		
 Dr. Imad EL BACHIR Médecin Spécialiste Radiologue Non Urgent		
 Dr. M. SIDI BENNOUR Médecin Spécialiste Radiologue		
 Dr. A. AIT HAMMOU Médecin Spécialiste Radiologue		
 Dr. A. AIT HAMMOU Médecin Spécialiste Radiologue		