

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, parodontologie 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

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.

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° P19-0047083

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

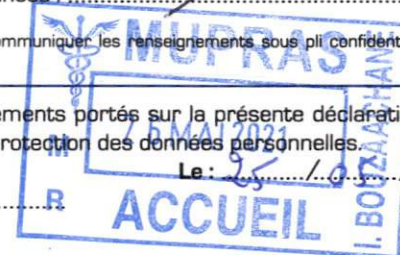
Matricule : 01950 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : LAYAL BRAHIM
Date de naissance : 25/11/1948
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0674778941 Total des frais engagés : 30 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin


Dr Omar HAJJI
Oncologue Médical
Salaj3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa-Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91/92
Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94
Cachet du médecin :
Date de consultation : 21/05/2021
Nom et prénom du malade : LAYAL BRAHIM Age : 72 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Mes parents très âgés
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 : 25/05/2021
Signature de l'adhérent(e) :

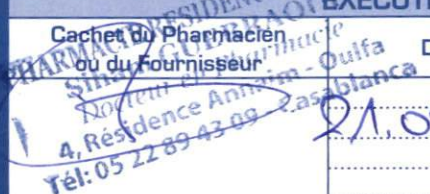


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 5 21	C2		922	

Dr Omar Hajji
Oncologue Médical
1013 Bd. La Grande Centure Ain Diab
Casablanca - Tél : 0520 66 68 90/91/92
Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94
0910728943

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.05.21	30,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

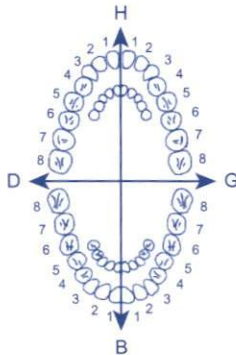
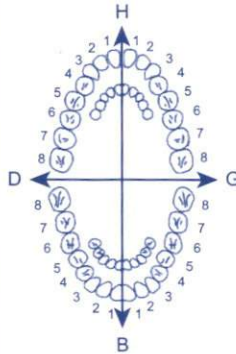
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الساحل للأونكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

21/5/21

M^r LAYALI Brehim

30,00.

① Dalphen g.



60,00

① Voltaire emulgel 2x1



T. 90,00.

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAOU
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

Dr Omar HAJJI
Oncologue Médical
33 Bd La Grande Ceinture Ain Diab
sa-Anfa - Tel : 0520 66 68 90/91/92
0522 64 81 52 / 0522 79 75 94
071043

Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab, 20180 Casablanca, Maroc

Pour accéder : Tram ligne1, direction Ain Diab, station Le Littoral

☎ (+212) 5 20 66 68 90 / 91 / 92 • 📠 (+212) 5 22 79 75 94 / (+212) 5 22 79 86 96 • @ contact@cliniquelelittoral.ma

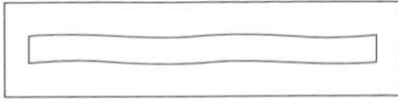
www.cliniquelelittoral.ma



LOT: M0466
EXP: 06 2023
PPV: 60,00 DH

• فصال مؤلم في الأصابع والركبتين:

• الجرعة المستعملة في كل تطبيق تكون بنسبة 4 غ من الجيل. ويتطابق ذلك شريطا طوله 10 سم (انظر الرسم).



مدة العلاج

في غياب وصفة طبية، يحدد العلاج في 5 أيام.

طريقة الاستعمال

عن طريق موضعي.

إدخال الجيل بذلك لطيف ومتواصل على المنطقة المؤلمة أو الالتهابية.

غسل اليدين جيدا بعد كل استعمال، ما عدا في حالة تطبيقه بنفسك لعلاج

فصال مؤلم في الأصابع.

الأعراض والتعليمات في حالة جرعة مفرطة

إذا استعملت فولطارين إيمولجيل توبيك 1%، جيل أكثر مما يجب:

في حالة جرعة مفرطة أو تسمم عن طريق الخطأ، ابلاغ الطبيب على الفور.

4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

وصف التأثيرات غير المرغوب فيها

كمثل كافة الأدوية، من المحتمل أن يكون لدواء فولطارين إيمولجيل 1%،

جيل، تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.

استثنائيا قد تظهر تفاعلات قد تكون حادة:

• تفاعلات حساسية جلدية: طفح (بثور)، حكة، فقاعات،

• مشاكل تنفسية مثل الربو (تنفس صاخب وقصير، شعور بقدرته تنفسية محدودة).

• علامات عامة مثل التآق (انتفاخ الوجه، الشفتين، اللسان، الحنجرة).

يجب توقيف العلاج فورا وإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.

بشكل شائع أكثر، قد تظهر تأثيرات غير مرغوب فيها، عامة ما تكون خفيفة

ومؤقتة:

• تأثيرات موضعية جلدية مثل الاحمرار، تهيج جلدي، تآكل أو تقرحات موضعية.

يرجى الاطلاع بالبيان على مسبقا قبل استعمال الدواء.

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

• إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اقصد الطبيب أو الصيدلي.

• لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر،

حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

في هذه النشرة:

• ما هو فولطارين إيمولجيل توبيك 1%، جيل وما هي الحالات التي يجب

استعماله فيها؟

• ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال فولطارين إيمولجيل

توبيك 1%، جيل؟

• كيف يجب استعمال فولطارين إيمولجيل توبيك 1%، جيل؟

• ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

• كيف يجب حفظ فولطارين إيمولجيل توبيك 1%، جيل؟

• معلومات إضافية

1. ما هو فولطارين إيمولجيل توبيك 1%، جيل وما هي الحالات التي يجب

استعماله فيها؟

الفئة الصيدلانية العلاجية

هذا الدواء مضاد للالتهابات ومهدئ (يخفف الألم)، على شكل جيل يطبق

على الجلد، فقط في المنطقة المؤلمة.

دواعي الاستعمال

يوصف هذا الدواء لدى البالغين في حالة التهاب أوتار الأعضاء العلوية

والسفلية (التهاب أوتار العضلات) في الوذمات بعد عملية أو صدمة (التواء

المفصل، رض) وفي تخفيف ألم الفصال في الأصابع والركبتين.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال فولطارين إيمولجيل

توبيك 1%، جيل؟

موانع الاستعمال

لا تستعمل أبدا فولطارين إيمولجيل توبيك 1%، جيل في الحالات التالية:

• ابتداء من 25 أسبوعا من انقطاع الطمث (بداية الشهر السادس من

الحمل):

• في حالة الحساسية لهذا الدواء أو دواء مشابه، وخاصة مضادات

الالتهابات غير الستيرويدية الأخرى، الأسبرين؛

• في حالة حساسية لأحد السواغات؛

DOLTRAM®

37,5 mg/325 mg

Tramadol/Paracétamol

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de

- Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute pharmacien.

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

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition :

Les substances actives sont:

Chlorhydrate de tramadol 37,50 mg
Paracétamol 325,00 mg

Pour un comprimé pelliculé:

Noyau: cellulose en poudre, amidon prégélatinisé, carboxyméthylamidon sodique, amidon de maïs, stéarate de magnésium.

Pelliculage: Opadray jaune, Cire de carnauba.

Liste des excipients à effet notoire : sans objet

Indications thérapeutiques :

DOLTRAM® est une association de 2 antalgiques, le tramadol et le paracétamol, qui agissent ensemble pour soulager votre douleur.

DOLTRAM® est indiqué dans le traitement des douleurs modérées à intenses lorsque votre médecin pense qu'une association de tramadol et de paracétamol est nécessaire.

DOLTRAM® est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

Posologie :

Mode et voie d'administration.

Les comprimés sont destinés à la voie orale.

Les comprimés doivent être avalés tels quels avec une boisson en quantité suffisante. Ils ne doivent pas être fractionnés, ni mâchés.

Durée du traitement.

Prenez toujours DOLTRAM® en respectant strictement les instructions de votre médecin. En cas d'incertitude, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Fréquence d'administration.

DOLTRAM® ne convient pas aux enfants de moins de 12 ans.

Sauf prescription contraire de votre médecin, la dose initiale recommandée chez l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans est de 2 comprimés.

Des doses supplémentaires peuvent être administrées en fonction des besoins; se conformer à la prescription médicale.

L'intervalle entre les prises doit être au minimum de 6 heures.

Ne pas prendre plus de 8 comprimés de DOLTRAM® par jour.

Votre médecin peut augmenter le délai entre les prises:

- si vous avez plus de 75 ans; une maladie du rein; une maladie du foie.
- Il est conseillé de prendre DOLTRAM® pour une durée la plus courte possible.

Contre-indications :

Ne prenez jamais DOLTRAM®, comprimé pelliculé:

- si vous avez eu une réaction allergique (par exemple: éruption cutanée, gonflement du visage, sifflement ou difficulté respiratoire) après avoir pris du tramadol ou du paracétamol ou tout autre composant de DOLTRAM®.
- en cas d'intoxication aiguë par l'alcool, par les somnifères, par d'autres médicaments contre la douleur ou des médicaments psychotropes (médicaments qui agissent sur l'humeur et les émotions).
- si vous prenez en même temps des Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (médicaments utilisés pour le traitement de la dépression ou la maladie de Parkinson) ou si vous en avez pris au cours des deux semaines précédant le traitement par DOLTRAM®.
- si vous avez une maladie grave du foie,
- si vous avez une épilepsie non contrôlée par un traitement.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, DOLTRAM®, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables.

Très Fréquents (plus de 1 patient sur 10):

- nausées, sensation de vertige, somnolence.

Il est conseillé de prendre DOLTRAM® avec une boisson riche en sucre (jus de fruit, sirop, etc.).

30,00
PPV 300400
PER 11/23
LOT J3101