

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

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0057582

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société : 76778

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATBIB Fouzâ

Date de naissance : 01/01/1968

Adresse : 7. Rue NASSIK ADPINE Res ALJANIKI
INA APPA NAAR

Tél : 0668426040 Total des frais engagés : 1689,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ATBIB Fouzâ Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ICB Bilobaire

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) : /

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
22/06/21	CA	1	100,00	DR. BADSSI Fouad ECHOGRAPHIE 896, Bd. Cat. Driss El Haddi Cité Djemâa - Casablanca Téléph. 291917

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Yacoub El Mansour 63-65, Bd Yacoub El Mansour Tel: 022 25 52 04 - Casablanca	22/06/2021	134,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO SOCRATE 3, Masour, Rue Socrate, Immeuble N°4 - 20 000 Casablanca Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 65 00 Email: labo.socrate@menara.ma	25/06/21	8.1030 + pcrs	1405,2004

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.

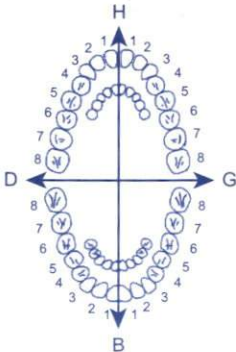
Important :

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

	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	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

Docteur BADSSI Fouâd

Diplômé d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Montpellier (France)

Diplôme en diabétologie

Nutrition de la Faculté

de Bordeaux - France

الدكتور البادسي فؤاد

حاصل على دبلوم الفحص بالأمواج الصوتية
من جامعة مونبولى (فرنسا)

دبلوم المرض السكري

و الحمية من جامعة

بورديو - فرنسا

Casablanca, le

22.06.2021

178-8

Am 21



Pharmacie Yacoub El Mansour
Mme ZINEB EL MANSOUR
63-65, Bd Yacoub El Mansour
Tel: 022 25 8204 - Casablanca

Chir 2
1523

Vilami
1523

134.80



896, شارع الكمنداد إدريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - 05.22.29.19.17 : 05.22.29.19.17

896, Bd. Cdt. Dries El Harti - Cité Djamaâ - Casablanca - 05.22.29.19.17 : 05.22.29.19.17

49.40

Ne prenez jamais COLTRAX :

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**Composition qualitative et quantitative**

Comprimés	p cp
THIOLCHOLCHOSIDE (DCI)	4 mg
Excipients Q.S.P.	1 Comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM	p ampoule
THIOLCHOLCHOSIDE (DCI)	4 mg
Excipients Q.S.P.	2 ml

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium (IM)

Classe pharmacothérapeutique

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**POSOLOGIE :****Comprimés :**

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Solution injectable IM :

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme.

Utilisation chez les enfants et les adolescents

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

DUREE DE TRAITEMENT :

NÉ PAS DÉPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

ATTENTION !**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais COLTRAX :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la thiocolchicoside, à la colchicine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte.
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.
- Si vous allaitez.
- En cas de trouble de la coagulation ou si vous suivez un traitement anticoagulant (contre-indication liée à la voie intramusculaire) Pour la forme Ampoules.

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENNENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- De la somnolence.

Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

Les effets indésirables suivants surviennent rarement :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une obnubilation passagère pour la forme ampoules.

Les effets indésirables suivants sont de fréquence indéterminée :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle qu'un oedème de Quincke (brusque gonflement du cou et du visage pouvant entraîner une difficulté à respirer). Il peut provoquer également un choc anaphylactique (réaction allergique grave mettant le patient en danger avec malaise brutal et baisse importante de la tension artérielle, pouvant être précédée d'une éruption de boutons, de démangeaisons, de rougeurs sur la peau, d'une difficulté à respirer, d'un gonflement du visage et/ou du cou).

- Des convulsions ou des récurrences de crises chez les patients épileptiques.

- Une atteinte du foie (hépatites)

- Un malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM pour la forme ampoules.

Si l'un de ces effets survient, arrêtez le médicament et contactez immédiatement votre médecin.

PPV

LOT

PER

28.30

1. الشك

علبة تحسب في

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.
 - احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قراءتها مجددا.
 - إذا كانت لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك، استشر الطبيب أو الصيدلي للمزيد من المعلومات
 - لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصا، لا يجدر بك إعطاؤه للآخرين فقد يؤذيهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عوارضك

2. التركيب النوعي والكمي

بنفوتيامين: 100 ملغ
 السواغ: ما يكفي لقرص واحد
 قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى: اللاكتوز و السكروز.

3. الصنف الصيدلي والعلاجي

ينتسب بنفوتيامين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

4. الوصف

- علاج البري بري
 - الوقاية من نقص الفيتامين B1 الناتج عن انخفاض في

6. موانع الاستعمال:

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 8 سنوات.

- أشخاص ذوي الحساسية لبنفوتيامين.

على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة باستثناء إذا ارتأى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من الضروري استشارة طبيبك أو صيدليكم

7. الآثار الغير مرغوب فيها:

لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي أثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها هذه النشرة.

8. احتياطات خاصة:

بسبب تواجد لكتوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في حالة حساسية للفركتوز و تواجد الغالكتوز بكثرة في الدم ناتج عن مرض خلقي أو أعراض عدم امتصاص الغلوكوز والغالكتوز أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة).
 قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى:
 اللاكتوز و السكروز.

. احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم

9. التفاعلات الدوائية:

لغرض تقادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبك أو صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة:

352125-06

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

Maroc
 20300 Casablanca
 Roches Noires
 20-22, Rue Zoubier Ibnou Al Aouam

ET GÉNANT.
 SANS OBLIG.
 7. EFFETS INDESIRABLES
 DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
 EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS
 - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans
 - Interdiction d'administrer aux enfants de moins de 8 ans

ORDONNANCE

....., Le : 12/06/2024



DR B B Fm 2m

TSM

Labo. W. Rose

Calamé

Carte Ph.

Do T - 6h. 819

LABO SOCRAVE
Rég. Mésurel, Rue SocraVe, 1000 Casablanca
Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo-socraVe@menara.ma

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 210002915

CASABLANCA le 25-06-2021

Mme Fouzia ATBIB

Demande N° 210625A001

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 25-06-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clef
PS	Prélèvement sang	E25	E
	FACTEURS RHUMATOÏDES – SÉRUM	B100	B
	TSH	B250	B
0104	Calcium	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0153	Cortisol	B250	B
0153	Cortisol	B250	B

Total des B : 1030

TOTAL DOSSIER : 1405.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cent cinq dirhams vingt centimes

LABO SOCRATE
مستشفى التماسرة الطبية سوكراط
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

210625A001 – Mme Fouzia ATBIB
Date de l'examen : 25-06-2021

BILAN ENDOCRINIEN

TSH
 (Dosage CMIA)

1.14 mUI/L (0.25–5.00)

15-02-2020
 1.06

Heure du prélèvement:

08:00

Cortisol
 (Dosage CMIA)

167.3 ng/ml (60.0–240.0)

Valeurs de référence:

8h: 60 à 200

Le cortisol est soumis à un rythme circadien dont le pic est atteint à 8h00.

COR 16H

67.0 ng/ml (20.0–120.0)

Heure de prélèvement

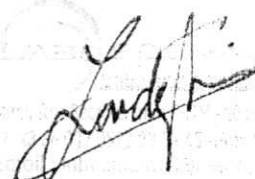
16

AUTO-IMMUNITE

FACTEURS RHUMATOÏDES
 (Dosage turbidimétrique)

7 UI/ml (<19)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI



Page 2 sur 2

Code Patient : 170325A029
Date de l'examen : 25-06-2021

Saisie le 25-06-2021 07:56

Mme Fouzia ATBIB
Réf : 210625A001
Prescription : FOUAD BADSSI

BIOCHIMIE SANGUINE

Calcium	92 mg/l 2.3 mmol/l	(82-102) (2.1-2.6)	15-02-2020 34
Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	19 UI/L	(10-35)	18-06-2020 16
Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	19 UI/L	(<33)	18-06-2020 18
Gamma glutamyl-transferase (GGT) (Dosage enzymatique)	30 UI/L	(5-36)	

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

مختبر التحليلات الطبية سقراط
laboratoire de biologie médicale Socrate

Bactériologie - Biochimie
Hématologie - Mycologie
Parasitologie - Virologie

Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802