

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 caractére 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

Nº M21- 0057582

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8372

Société : 96778

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATBIB Fouad

Date de naissance : 01/01/1968

Adresse : 7 Rue Nasser ADDINE RES Aljami K1

TIN A APPA 7AAK1

Tél. : 06684166045 Total des frais engagés : 1689 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

N.C.B Bilateral

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) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
21/01/2011	Ca	a	100 DA	 Dr. BADSSI Fouad ECHOGRAPHIE 896, Bd. Cdt. Driss El Hadi Cdt Diémap - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Yacoub El Mansouri Bd Yacoub El Mansouri 55204 - Casablanca</i>	<i>22/06/2021</i>	<i>134,83</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Masurel, Rue Socrate, Immeuble N° 20 009 Casablanca Tél. : 0522 23 36 03 / 0522 23 39 65 - Fax: 0522 23 85 00 Email : labo.socrate@menara.ma	25/06/21	8.1030 + fct 15	1405,00 DOLLARS Dr. Masurel, Rue Socrate, Immeuble N° 20 009 Casablanca Tél. : 0522 23 36 03 / 0522 23 39 65 - Fax: 0522 23 85 00 Email : labo.socrate@menara.ma

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 البدسي فؤاد**

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

دبلوم المرض السكري

و الحمية من جامعة

بوردو - فرنسا

Casablanca, le

21.61

21

AMB-B

AM 21

4  
56,60



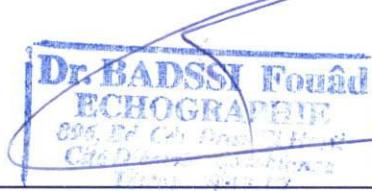
49.40



28.80



134.80



~~Pharmacie ZINEB EL MANSOUR  
Mme ZINEB BIJANIS  
63-65, Bd Yacoub El Mansour  
Tel: 022 252 04 - Casablanca~~



05.22.29.19.17 : ( ) 896 شارع الكمندار إدريس الحارثي - قرية الجماعة - الدار البيضاء -  
896, Bd. Cdt. Djamaâ - Casablanca - ( ) : 05.22.29.19.17

49,40

ml

2ml

avant

- 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
THIocolchicoside (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
THIocolchicoside (DCI)	4 mg
Excipients ..... Q.S.P.	2 ml

#### **EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Sodium (M)

#### **Classe pharmacothérapeutique**

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

#### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Traitements 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 dépasser 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 :**

NE DEPASSEZ 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 sucrels, 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 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).
- 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 récidives 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

101

PFR

28.3° 

١

Page

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قرأتها مجدداً.
- إذا كانت لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك، استشر الطبيب أو الصيدلي للمزید من المعلومات.
- لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصياً. لا يجوز لك إعطاؤه للآخرين فقد يؤديهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عوارضك

## ٢. التركيب النوعي والكمي: بنفوذ تأمين

**السواغ:** قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لا عند بعض المرضى: اللاكتوز والسكروز.

### 3. الصنف الصيدلي والعلاجى

الجهاز الهضمي والتمثيل الغذائي.

#### 4. الوصف:

- علاج البري بري،
- الوقاية من نقص

- 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 لينغفوتامين.  
على العوم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة  
بابستئنان إذا ارتأى طبيبكم غير ذلك في حالة الشك من  
المضروري استشارة طبيبكم أو صيدليكم

7. الآثار الغير مرغوب فيها:  
 لا تترددوا في استشارة طبيبكم أو صيدليكم والإشارة إلى أي آثار غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها هذه النشرة.

٨- احتياطات خاصة:  
 بسبب تواجد لكتوز و السكروز لا يتصح بأخذ هذا الدواء في حالة حساسية للفركتوز و تواجد الغالاكتوز بكثرة في الدم ناتج عن مرض خلقى أو أعراض عدم امتصاص الفلكوز والغالاكتوز أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة). قائمة السواغ الذى من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطأ عند بعض المرضى:  
 للاكتوز و السكروز.

الاستعمالات الاحتيالية

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طببيكم أو صيدليكم

٩- التفاعلات الدوائية

صیدلیکم علیٰ ای علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة

[View all posts by \*\*John Doe\*\*](#) [View all posts in \*\*Category A\*\*](#) [View all posts in \*\*Category B\*\*](#)

352125-06

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

# ORDONNANCE

, Le : 12/11/2011.



DTB2B

Am 25/11

TSM

Dr. W. Ross



C + 1 AM 25

CAHIER PH

6 h.

SOI - GRP 819

u/

SI

# 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	Clefs
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

  
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



SOCRATE

Le laboratoire de biologie médicale  
laboratoire de biologie médicale Socrate

Dr Abdellatif LOUDGHIRI, Pharmacien Biologiste  
Ancien infirmier des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris V

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

## BILAN ENDOCRINIEN

TSH 15-02-2020  
(Dosage CMIA) 1.14 mUI/L (0.25-5.00) 1.06

Heure du prélèvement: 08:00

Cortisol 167.3 ng/ml (60.0-240.0)  
(Dosage CMIA)

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 7 UI/ml (<19)  
(Dosage turbidimétrique )

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Page 2 sur 2

الطبية مشارف 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

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	€4
<b>Transaminases GOT (ASAT)</b> (Dosage enzymatique)	19	UI/L	(10-35)	18-06-2020	18
<b>Transaminases GPT (ALAT)</b> (Dosage enzymatique)	19	UI/L	(<33)	18-06-2020	18
<b>Gamma glutamyl-transferase (GGT)</b> (Dosage enzymatique)	30	UI/L	(5-36)		

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI  
**دكتور عبد اللطيف سocrate**  
 Laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 1 sur 1