

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0027921

78893

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1963 Société : R A M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AKIL AHMED

Date de naissance : 29/04/1983

Adresse : Hay Traité Rue 32 n°9

BERNOUSSA - CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Merouane ABOUCHANE
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi

Date de consultation : 19/07/2021

Nom et prénom du malade : AKIL AHMED

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : En treile

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) :

AKIL

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
12/07/21		C	49,00	AZRIA Soufiane Médecin Intégrateur Hôpital Al Mansour Casablanca Service de Chirurgie Orthopédique
19/07/21		42	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



19.07.21

Montant de la Facture

145,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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



17/07/21

2,15

150,00

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				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



وصفة
ORDONNANCE



le 19/4/2014

Zehn Hekiba

22,2

Codoliprine 100 x 33/2

52,8

Aspirine 100 x 33/2

74,4

Noje 100 x 33/2

149,40

Dr. Merouane ABOUCHANE
Chirurgie Traumatologique
Orthopédique
Polytechnique CNSS Sidi Bernoussi

No-Flam®

PVC : 74.40 DH

LOT: 01010324
EXP: 03/2024

أوديس 20 ملغ

حبوبات للعصارة المعدية في برشامات (أوميزارول)

أما بعناية هذه البشرة المولدة كاملة قبل أن تتناول هذا الدواء. تم توفير معلومات هامة عن أجل علاقتك ومريضك. إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شدة، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. احتفظ بهذه البشرة الدوائية فقد تحتاج إلى إرفاقها مرة أخرى.

1. تعريف الدواء :

الشكل الصيدلي للحببة :

20 ملغ حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات. غلب من فئة 56.28.14.7.

2. مكونات الدواء :

المادة الفعالة:

الأوبس 20 ملغ

المواد: كيميائية كافية لبشرة واحدة

سواء أو تأثير معروف: السكر.

3. الصفات الصيدلية للعلاج:

حبوب أوبس على صيغة فعالة تسمى أوميزارول (omeprazole). وينتج هذا الدواء لعائلة أوبس تسمى مضادات الحموضة. وهو يخفض كمية الحمض الزائد في معدتك.

4. الاستعمالات العلاجية :

استعمل أوبس 20 ملغ لعلاج الأمراض الآتية:

عند البالغين:

1. ارتداد الحمض المرتبط: يصعب حمض المعدة غير المرء (الأنبوب الرابط بين الحلق والمعدة) ما يؤدي إلى الألم والانتهاب والحرق. 2. حموضة المعدة الأعلى من السرطان (فرقة إشعاعية).

المعدة:

3. الفرجحة المعدية: مرضية تسبب البكتيريا الحلزونية (Helicobacter pylori). وفي هذه الحالة قد يصف لك طبيبك مضادات حيوية لعلاج التمتع وشفاة الفرجحة.

4. فرقة المعدة المرتبطة بشلال مضادات الانتهاب غير الستيرويدية. وقد يستعمل أوبس أيضا للوقاية من هذه الفرجحة إذا كنت تتناول هذه المضادات الانتهابية غير الستيرويدية.

5. حموضة الحمض في المعدة بسبب تضخم البنكرياس (متلازمة زولينجر-إليسون).

عند الأطفال:

6. الأطفال الذين يتجاوز عمرهم سنة واحدة والذين يكون وزنه يساوي أو أكثر من 10 كلغ.

7. ارتداد الحمض المرتبط: يصعب حمض المعدة غير المرء (الأنبوب الرابط بين الحلق والمعدة) ما يؤدي إلى الألم والانتهاب والحرق. 8. قد تشتمل الأعراض عند الأطفال صعود محتوى المعدة إلى الفم (القيء) والتقيؤ وارتفاع حموضة في الوزن.

9. حموضة الحمض في المعدة بسبب تضخم البنكرياس (متلازمة زولينجر-إليسون).

كيف تتصرف إذا وجدت أنت أو طفلك صعوبة في بلع البرشامات: فتح البرشمة وبلع محتوياتها مباشرة عن نصف كأس من الماء أو وضع الحبوب في ماء غير غاري أو عصير فواكه لا يحتوي على كريمة قليلة من الحمض (عصير البرتقال أو التفاح أو الخوخ) أو كريمة التفاح.

6. موانع الاستعمال :

أ. حذرك الحظوظ دائما قبل شربه (لا يكون الحظوظ متجاسدا) مباشرة بعد التحريك أو قبل انقضاء 30 دقيقة.

ب. لتأكد من شرب الدواء كاملا اشطف فاع الكأس بالماء واشربه. ج. بلع صمغ القلع الصلبة أو قضيتها لأنها تحتوي على الدواء.

د. موانع الاستعمال :

أ. يجب أن تتناول أوبس 20 ملغ :

ب. إذا كانت لديك حساسية لأوميزارول أو لأي مكونات أخرى يحتوي عليها أوبس 20 ملغ.

ج. إذا كانت لديك حساسية لأي مكونات أخرى من مضادات مصخة البروتين (مثل بروتين ألبومين أو لانسوبرازول أو رابيزارول أو إيسوميتازين).

د. إذا كنت تأخذ دواء يحتوي على نيفينافير (الذي يستخدم في حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة).

هـ. إذا كنت في الحالة الحادة لآلام تأخذ أوبس 20 ملغ. إذا كانت لديك شكوك، استشر طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أوبس 20 ملغ.

و. الأعراض الجانبية:

كامل كافة الأدوية من المحتمل أن يكون لهذا الدواء تأثيرات غير مرغوب فيها رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.

أ. لاحظت إذا هذه الآثار غير المرغوب فيها الشديدة ولكن الخطيرة توقف عن تناول أوبس 20 ملغ وسارع إلى الاتصال بطبيبك :

ب. خذل عضلي للنتسب أو طغى على صفيرو أو انتفاخ الشفتين واللسان والحنك والجسم أو طغى على جلد أو فقدان الوعي أو صعوبات في البلع (تفاعلات حساسية خطيرة).

ج. احمرار أو تورم على بئر أو قشور شديدة.

د. العينين يمكن أن تكون الحادة كيميائية مصحوبة بنزف في الشفتين والأغشية والغشاء المخاطي والأغشاء المخاطية وقد يدل ذلك على عدوى متلازمة ستيفنز جونسون أو انحلال الدم البكري.

هـ. قد تكون الصفرة والبول القاتم والتعب أعراضا لمرض الكبد.

و. هناك آثار أخرى جانبية غير مرغوب فيها:

أ. آثار جانبية غير مرغوب فيها شائعة (يمكن أن تظهر في حدود شخص واحد من أصل 10):

ب. الصمغ.

ج. تأثيرات على المعدة أو الأمعاء كالإسهال وآلام المعدة والإمساك.

د. التهابات البظر.

هـ. الغثيان أو الغثي.

و. الأورام الحميدة في المعدة.

ز. الآثار الجانبية قليلة التردد (يمكن أن تظهر في حدود شخص واحد من أصل 100) :

أ. تورم القدمين والكاحلين.

ب. مشاكل النوم (الأرق).

ج. بوخة تشتمل ارتجاع وريضة في النوم.

د. كثرة أو نقصان في الوزن.

هـ. الحساسية، قد تكون أحيانا شديدة جدا بما في ذلك انتفاخ الشفتين واللسان والحلق والحنك والجسم.

و. انخفاض مستويات الصوديوم في الدم وقد يؤدي ذلك إلى ارتجاع تحت ضغط.

• إذا كان البراز أسود (ملون بالدم).

• إذا كنت تعاني من الإسهال الحاد أو السيوف، لأن الأميزارول قد يرفع ارتفاع طفيف في الإسهال العصبي.

• إذا كانت لديك مشاكل كيميائية حادة.

• إذا كنت بتطوير تفاعل الجلد بعد العلاج بدواء مشابه لأوبس 20 ملغ من حمض المعدة.

• يجب إجراء اختبار من حمض (Chromogranin A).

• إذا كنت تأخذ أوبس 20 ملغ فاحظ طوله (أكثر من 10 سم).

• يجب تجنب تناول أوبس 20 ملغ مع بعض الأدوية التي قد تتداخل مع عملها:

• الأدوية المضادة للأحماض (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

• الأدوية المضادة للعدوى (مثل أميدوكسين أو أميدوكسين).

- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

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.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET
AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTER
Notamment avec la buprénorphine, la nalb
SYSTEMATIQUÉMENT TOUT AUTRE TRA
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser l

INTERACTIONS

PPV: 22DH20

PER: 03/23

LOT: K739





Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Délégation à la préfecture
des Arrondissements Sidi Bemoussi
Centre Hospitalier préfectoral
Hôpital Al Mansour



Casablanca, le : 12/07/2021

Service de :

N° d'Entrée :

BILLET D'EXAMEN

Nom et Prénom du malade : Rabiba Zekraoui

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	INTERPRETATION
<p>Rx de la cheville gauche</p> <p>LE MEDECIN TRAITANT</p>	<p>Service Radiologie</p>

AZRIA Soufiane
Médecin Interne
Hôpital Al Mansour - Casablanca

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 425873	N° SEJOUR : 210024439	FACTURE N° 2104009202		DATE D'ENTREE : 17/07/2021	DATE DE SORTIE : 17/07/2021
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE : ZAHRAOUI, Habiba	
MALADE : ZAHRAOUI, Habiba		N° IMMAT C.N.S.S :			
NOM JEUNE FILLE :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
TIERS PAYANT 1 :		N° SE. SOC. ETRANG. :			
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :					
REF. PC 2 :					

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										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	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 : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :				ACOMPTE :
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :
		RESTE DU :	0.00			
DATE FACTURE : 17/07/2021	EDITEE LE : 17/07/2021	PAR: LAHBAR	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 :		011780000049210006006888	

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

HAY EL-QODS

20600 CASABLANCA

Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72

INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 425873		N° SEJOUR : 210024506		FACTURE N° 2102009702		DATE D'ENTREE : 19/07/2021		DATE DE SORTIE : 19/07/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ZAHRAOUI, Habiba							
MALADE : ZAHRAOUI, Habiba											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				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 DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 100085 DR. ABOUCHANE MEROUANE				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	
				RESTE DU :		0.00				AVOIR :	
DATE FACTURE : 19/07/2021				EDITEE LE : 19/07/2021		PAR: FAZAZI		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 :		011780000049210006006888	



FICHE DE REFERENCE

IDENTITE DU PATIENT

NOM ET PRENOM : Halima Zahraoui

DATE ET HEURE DE REFERENCE : 17/07/21

AGE : 57 ans

IDENTIFIANT DE LA CMB OU AUTRES DOCUMENTS : ATCD : DL

ADRESSE : ville par Ouarzazate

MOTIF DE REFERENCE : Tranquille de la cheville

Suite à un A.V.P., à l'examen : Douleur à la
partie du pied et à la cheville de la cheville
l'articulation laire suspecte de l'os calcaire

LIEU DE REFERENCE : W. Au Transat

AUTRES INFORMATIONS : CHP. 2012

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

CENTRE REFERENCE

Hopital Al Mansour

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

[Signature]



AKU'U AHMETH

8198748.

ZAHIRAH HABIBAH

K 751725 ~

Objet : Cause et Circonstance

- Je informe que ma femme Zahirah Habibah

à glissé au sein de mon véhicule le 17/07/2024

ce qui m'a provoqué fracture au niveau

de la cheville, dont vous trouverez tous les

détails dans mon dossier médical qui vous a été déposé en date 26 juillet 2024

Dans l'attente du remboursement de mon

dossier.

AKU'U
AHMETH
17/07/2024

