

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-640476

83020

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ~~ES SA GHIR~~ SA GHIR Mustapha  
 Date de naissance : 1939  
 Adresse : Cité SNARAIR Rue N° 10  
 Tél. : 05 48 93 8440 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ESSA GHIR Mustapha  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : dl mechas med + joint  
 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 CNDF N° A A 215/2019



# 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
13/8/21	Contrôle	1	1500	Dr. Suuou FAIZ Rhumatologue Ostéopathe Ecographie Interventionnelle

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Laboratoire ou du Pharmacie	Date	Montant de la Facture
13/8/21	13.8.21	273,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

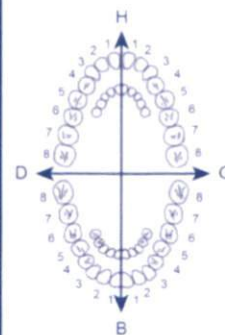
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

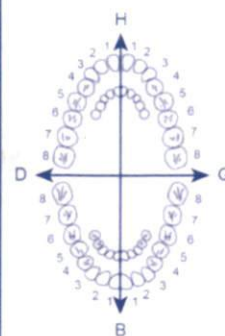
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

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 13.08-21

Mr ESSAGHIR

Mustapha



PHARMACIE LUMIERES  
LAHRECH MAR LAU  
550, Bd AL QODS - INARA  
AÏN CHOK - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 52 40 29

187,70<sup>10</sup> | uloric 80mg

PPV  
187DH70

2XEMBG



1cp | i

13,40<sup>20</sup> | colchicine

1cp | i

72,00

273,90<sup>30</sup> | Algantil

10pp | i

Dr. Souad FAIZ  
Rhumatologue  
Maladies auto-immunes  
Rhumatologie R22 - 4ème étage  
Tél.: 0522 50 48 06

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - 0522 50 48 06

# كولشيسين أوبوكالسيوم 1 ملغ، قرص قابل للكسر، علبة من فئة 20

## كولشيسين مبلور

### تحذيرات

ظهور الإسهال (البراز المائي أكثر من 3 مرات يومياً) أثناء العلاج ، مع أو بدون الغثيان والقيء ، قد تكون أولى علامات الجرعة الزائدة ، والتي يمكن أن تكون خطيرة.

إذا لاحظت هذه العلامات ، اتصل فوراً بالطبيب الذي سيخفض الجرعة أو يوقف العلاج بالكولشيسين.

اقرأ هذه النشرة بعناية قبل البدء في تناول هذا الدواء لأنه يحتوي على معلومات مهمة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة. قد تحتاج إلى قراءتها مرة أخرى.
- إذا كانت لديك أسئلة ، فاطلب من طبيبك أو الصيدلي.
- تم وصف هذا الدواء لك. لا تعطيه للآخرين. يمكن أن يكون ضاراً لهم ، حتى لو كانت علامات مرضهم هي نفس أعراضك
- إذا حصلت على أي آثار جانبية ، تحدث إلى طبيبك أو الصيدلي. هذا ينطبق أيضاً على أي تأثير غير مرغوب فيه لم يرد ذكره في هذه النشرة. انظر الفقرة 6.

## 1 تركيبة الدواء

كولشيسين مبلور  
سلفات: السكروز ، ستيرات المغنسيوم ، الأيثروسين (لاك الألومنيوم) ، بوليغليدول ك 30 ، اللاكتوز ..... ك لقرص قابل للكسر

## 2 الفئة الدوائية والعلاجية أو نوع التشاط

M04AC01 العلاجي الكيميائي

## 3 دواعي الاستعمال

ينصح بهذا الدواء في

العلاج والوقاية من

مرض دوري،

مرض بهجت،

في حالة أزمات الذ

علاج التهاب غشاء ا

التهاب أو أثناء تكر

الجرعة

احرص دائماً على ت

النقرس الحاد

يجب تقسيم جرعات كولشيسين: أوبوكالسيوم لكل قرص أو نصف قرص خلال اليوم ، دون تجاوز 1 ملغ من الكولشيسين (1 قرص) لكل جرعة في حالة العلاج المبكر ، يجب استخدام جرعات مخفضة من 1 ملغ إلى 2 ملغ كولشيسين في اليوم الأول من العلاج في الأيام التالية ، ينبغي أن تؤخذ 1 ملغ كولشيسين (في حالة عدم وجود عامل خطر لجرعة زائدة) في بعض الحالات ، ويمكن وصف جرعات أعلى بشكل استثنائي. لا تتجاوز أبداً

- 3 ملغ كولشيسين في اليوم الأول من العلاج ، موزعة على مدار اليوم ،
- 2 ملغ من الكولشيسين في اليومين الثاني والثالث من العلاج ، موزعة على مدار اليوم ،
- 1 ملغ كولشيسين في اليوم الرابع من العلاج والأيام التالية

في حالة الإسهال ، اتصل فوراً بالطبيب. قد يكون تخفيض الجرعة أو تعليق العلاج ضرورياً

الوقاية من الهجمات الحادة من النقرس | الوصول إلى الجريزوفولسين الحاد | مرض بهجت

1 ملغ كولشيسين يومياً

خفض الجرعة إلى 0.5 ملغ من الكولشيسين (1/2 قرص) في حالة الإسهال

المعرض الدوري

بالغ

1 ملغ إلى 2 ملغ كولشيسين يومياً

قد يزيد الطبيب الجرعة بزيادة 0.5 ملغ (1/2 قرص) إلى حد أقصى 2 ملغ من الكولشيسين يومياً اعتماداً على الاستجابة السريرية والمختبرية

طفل

0.5 ملغ إلى 2 ملغ / يوم من الكولشيسين (1/2 إلى 2 حبة) في جرعة واحدة أو جرعتين.

سيتم تكيف الجرعة حسب العمر والاستجابة السريرية. سيتم زيادة جرعة الكولشيسين من قبل الطبيب تدريجياً

علاج التهاب غشاء القلب الحاد مجهول السبب (الاصابة الأولى بهذا الالتهاب أو أثناء تكرارها)

يوصف الكولشيسين بالاشتراك مع الأدوية التقليدية المضادة للالتهابات (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية أو الكورتيكويد)

الكبار

يجب تعديل الجرعة لتناسب وزن المريض

بالنسبة لوزن أقل من 70 كيلوغرام (≥ 70 كيلوغرام) ، تكون الجرعة 0.5 ملجم من الكولشيسين (1/2 قرص) في اليوم الواحد بجرعة واحدة

لوزن الجسم أكثر من 70 كيلوغرام (ك 70 كيلوغرام) ، الجرعة هي 0.5 ملجم من الكولشيسين بجرعتين (1/2 قرص مرتين يومياً)

مدة العلاج 3 أشهر

الأطفال

هناك بيانات محدودة عن استخدام الكولشيسين عند الأطفال الذين يعانون من التهاب غشاء القلب الحاد مجهول السبب (الاصابة الأولى بهذا الالتهاب

أو أثناء تكرارها). لا ينصح باستخدام الكولشيسين عند الأطفال

طريقة وكيفية الاستعمال

عن طريق الفم

تريد الاستعمال

من الأفضل أخذ هذا الدواء أثناء الوجبات

5 مواقع الاستعمال

لا تأخذ كولشيسين أوبوكالسيوم 1 ملغ قرص قابل للكسر

-إذا كنت تعاني من حساسية (حساسية مفرطة) للمادة الفعالة أو لأي من المكونات الأخرى لهذا الدواء ، في الفقرة 1.



# ALGANTIL®

(Ibuprofène)

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Gel dosé à 5 % pour application locale en tubes de 25 g, 50 g et 100 g

## COMPOSITION CENTESIMALE

Ibuprofène (DCI)..... 5 g

Excipient : ..... q.s.p. 100 g

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), en traitement local de courte durée :

- des traumatismes bénins de type entorse bénigne, contusions,
- des tendinites (inflammation des tendons)

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

N'utilisez jamais Algantil® gel dans les cas suivants :

- à partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse.
- antécédent d'allergie à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS

Faites attention avec Algantil® gel

- Ne pas appliquer sur les muqueuses
- L'apparition d'une éruption cutanée
- En cas d'utilisation fréquente par un

## Respecter les conseils d'utilisation

- ne jamais appliquer une dose supérieure
- ne pas appliquer sur une surface étendue
- respecter la fréquence et la durée d'application

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE

DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

### Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

### Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant les 5 PREMIERS MOIS de la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

A partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse, vous ne devez EN AUCUN CAS prendre de VOUS-MÊME ce médicament. Bien que le passage de ce médicament dans la circulation générale soit faible, il ne peut être exclu. Dans ce cas, l'effet de ce médicament sur votre enfant pourrait avoir des conséquences graves, notamment au plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela, même avec une seule application.

### Allaitement

Les A.I.N.S passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

La posologie usuelle est de 1 application, 3 fois par jour.

ALGANTIL

PPV 72DH80

EXP. u traitement.  
commandé.  
LOT



DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 878565		N° SEJOUR : 210025424		<b>FACTURE N° 2102008878</b>		DATE D'ENTREE : 19/08/2021		DATE DE SORTIE : 19/08/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>ESSAGHIR, Mustapha</b>							
MALADE : ESSAGHIR, Mustapha											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRÉ CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 46209 DR BARKA MOUNA		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 : 19/08/2021		EDITEE LE : 19/08/2021		PAR: BOUNAS		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE :			
						DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
						BANQUE : BMCE - INARA			
						N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91			

