

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° S19- 0000365

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5346

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOULATIF MOSTAFA

Date de naissance : 16-02-62

Adresse :

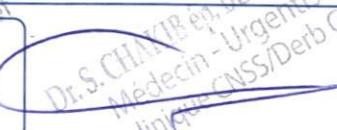
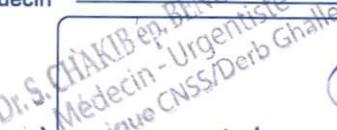
Tél. : 06 67 86 39 59

Total des frais engagés :

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 :

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 : 08/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### 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
01/01/2021	call	99,30		DR KIBE, Urgentiste Médecin Clinique CNSS/Dorb Għall-Asma

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AL MONTAHLI</b> <b>SAI FARMACEUTICA</b> <b>ST. FATEH 36 LOT 101 SIDI Abderrahim</b> <b>QALIA CASABLANCA</b> <b>022.58.56.06</b>	17/12/11	157.80 Dh

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Abdellah BENBRAHIM Médecin Radiologue Diplôme Universitaire N° DE 738752	07/09/14	C. 100	100

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### RELEVÉ 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

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			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le 01/03/2024

Dr. S. CHAKIB  
Spécialiste en Médecine Générale

19,50

1

41,70

2

96,00

17,20

Flu  
Muscle  
+ ECG

مصحة  
Dr. S. CHAKIB  
Spécialiste en Médecine Générale  
MOTAHIDA  
Charmoz 3  
Rue 38 Lot. 50  
Casablanca  
Tunisie  
+216 98 22 86 42 05

Dr. S. CHAKIB ep. BENGLOUIN  
Médecin - Urgentiste  
Médecine CNSS/Derb Ghallef

PPV : 19,50 DH  
AMM N° 127/15 DMP/21/NRQ  
6 118001 271092





Le 24/9/2024

Mr. D. Aissaoui Dahik  
Douloue dorsale  
Gauche à médialité  
Serré et serré  
Métral  
365000  
T. D. 1000

Dr. D. Aissaoui DENGELOUN  
Médecin généraliste  
Ville du Maroc CNSS, Dr. Ghallef

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-86021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-963020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1239370	N° SEJOUR : 210070979	<b>FACTURE N° 2105046026</b>				DATE D'ENTREE : 07/09/2021		DATE DE SORTIE : 07/09/2021		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		DAAFAOUI,Rachida		
MALADE : DAAFAOUI,Rachida		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	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
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 18102013 DR BENBRAHIM ABDELILAH (RADIOLOGUE)	TOTAUX : 200.00							200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE :
	REMISE : 0.00	REGLE : 200.00						AVOIR :
	RESTE DU : 0.00							
DATE FACTURE : 07/09/2021	EDITEE LE : 07/09/2021	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :					
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



## Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 07/09/2021

Patient (e) : DAAFAOUI RACHIDA

Médecin prescripteur : DR CHAKIB

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Le rein gauche : présente une dilatation des cavités pyélo-calicielles et urétérale en faveur d'un obstacle du bas uretère.

Le rein droit : est de taille normale, de contours réguliers, le parenchyme est bien différencié et non obstructifs.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

La rate et le pancréas sont normaux.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

### CONCLUSION

Uretéro-hydronephrose gauche en amont d'un calcul du bas uretère (calcul méatique de 10mm).

DR BENBRAHIM

Dr Benbrahim  
Médecin Radiologue  
Polyclinique CNS DERB GHALLEF  
INPE 21076708



## Kétoprofène

Suppositoire

sanofi aventis

### **COMPOSITION**

**PROFENID® 100 mg, suppositoire**

Kétoprofène ..... 100 mg.  
Excipients: q.s.p ..... 1 suppositoire.

### **FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION**

Suppositoires dosés à 100 mg, boîte de 12.

### **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE : ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX NON STÉROÏDIENS**

### **INDICATIONS**

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le Kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,

- certaines arthroses sévères ;
- en traitement de courte durée de :
- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaule douloureuse aiguë),
- certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

### **CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- antécédent d'allergie au Kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,
- à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et allaitement
- antécédent d'arachide de ce médicament, notamment non stéroïdien
- hémorragie gastrique ou cérébrale ou a
- ulcère de l'estomac
- maladie de Crohn

**Profenid® 100mg**  
12 Suppositoires



6 118000 060819

41,70

Prazol® 20 mg  
Omeprazole

28 gélules

6 118000 041009

20 mg

ole

lisez cette notice avant de prendre ce médicament.

Si vous avez besoin de la retirer,

si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre

docteur ou pharmacien. Ce médicament a été prescrit pour vous. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même si vous avez besoin de l'utiliser.

Il est important de suivre les instructions de votre pharmacien. Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, contactez votre pharmacien.

#### COMPOSITION

Prazol® 20 mg

Omeprazole

Excipients

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule

- Présent

#### CLASSE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active omeprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

#### DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

##### Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

##### Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

##### Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

#### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéruseuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

