

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.

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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 1058191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7699 Société : 93787

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMALI MOSTAFA

Date de naissance : 12-12-55

Adresse : Mère Adresse

Tél. : 0674882484 Total des frais engagés : 646,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
180 Bd. Oued Sebou, Wiam,
Casablanca - Tél. 0646.646.648

Date de consultation : 23 NOV 2021

Nom et prénom du malade : Lebgar Naja Age :

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

Nature de la maladie : Goutte chronique

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 : CASA - Le : 24/11/2021

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
23 NOV 2021	G		300	Dr. Mohamed BEN EL AYFAR Chirurgie Orthopédique et Traumatologie 130 Bd. Oued Sebou, Wiam Casablanca - Tél. 0646.646.648

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-11-21	346,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

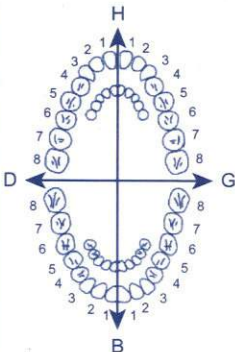
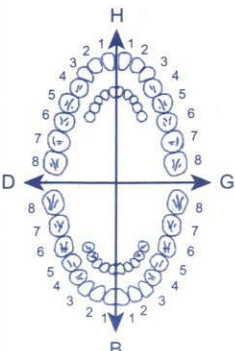
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Mohamed BEN EL AYFAR
Spécialité en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie

- Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant Mohamed Baouafi - Casablanca
- Ancien Chirurgien au CHU Aéroports Casablanca

Sur rendez-vous

الدكتور بن العيفر محمد

أخصائي في جراحة و تقويم العظام و المفاصل

جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بوافي الدار البيضاء

جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

Mr Lebgoz Najat
 123.60

Casablanca 23 NOV 2021

The xim 40

99,00 1 - 0 - 0

Additiva vital

49,70 1 - 0

Voltfast

37,00 x 2 1 - 1 - 1

Dulastan

2 - 2 - 2 per 7 jours

346,30

PHARMACIE ANNASSR
 HIND MENKOR
 Docteur en Pharmacie
 ASSAM EL VGH EL OULFA
 Tél: 022 97 28 43 Fax: 022 97 33 33

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR

Chirurgie Orthopédique
 et Traumatologie

180, Bd. Oued Sebou, Wiam,
 Casablanca - Tél. 0646.646.648

شارع أم الربيع «فوق ليك» 180 واد سبو، إقامة سعد، الطابق الأول، شقة 2، حي الوثام، الألفة - الدار البيضاء

Bd Oum Rabii, (au dessus LYDEC) - 180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, 1er Etage Apt 2 -

Quartier Wiam, Oulfa - Casablanca

Tél : 05 400 93 100 / 0646 646 648 : الهاتف

Urgences : 06 72 74 74 01 : للاستعجلات



PPC: 99DH00

50 مغ / 2 مغ

اص
20 قرصا
/ ثيوكولشيكورزيد

DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés

دولاستان®

علبة من 20 قرصا

37,00

ين
اح
إذا
لقد تم وصف
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطرا أو إذا لاحظت وجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة،
تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي
بارصيطامول 500 مغ
ثيوكولشيكورزيد 2 مغ
السواغ: ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى :
نشا القمح، لاكتوز.

الصنف الصيدلي والعلاجي :

ينتسب بارصيطامول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة و مزيل للألم.
ثيوكولشيكورزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.
الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.

- كعلاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة :

- من الاضطرابات التنكسية في العمود الفقري والاضطرابات محاذاة العمود الفقري : صعر وآلام الظهر ، آلام أسفل الظهر .
• الاضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

موانع الاستعمال :

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

- الأطفال أقل من 15 عاما.

- أشخاص ذوي الحساسية لنشا القمح.

- حساسية لبارصيطامول أو لأحد مكونات المنتج

- حساسية لثيوكولشيكورزيد

- القصور الكبدية.

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة :

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من الصرع.

- في حال الإصابة بالإسهال ، أخبر طبيبك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود بارصيطامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترح :

بالعين والأطفال فوق 50 كغ ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يوميا بالنسبة للبارصيطامول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك، لا تترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم

50 مغ / 2 مغ

اص
20 قرصا
/ ثيوكولشيكورزيد

DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés

دولاستان®

علبة من 20 قرصا

37,00

ين
اح
إذا
لقد تم وصف
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطرا أو إذا لاحظت وجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة،
تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي
بارصيطامول 500 مغ
ثيوكولشيكورزيد 2 مغ
السواغ: ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى :
نشا القمح، لاكتوز.

الصنف الصيدلي والعلاجي :

ينتسب بارصيطامول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة و مزيل للألم.
ثيوكولشيكورزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.
الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.

- كعلاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة :

- من الاضطرابات التنكسية في العمود الفقري والاضطرابات محاذاة العمود الفقري : صعر وآلام الظهر ، آلام أسفل الظهر .
• الاضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

موانع الاستعمال :

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

- الأطفال أقل من 15 عاما.

- أشخاص ذوي الحساسية لنشا القمح.

- حساسية لبارصيطامول أو لأحد مكونات المنتج

- حساسية لثيوكولشيكورزيد

- القصور الكبدية.

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة :

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من الصرع.

- في حال الإصابة بالإسهال ، أخبر طبيبك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود بارصيطامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترح :

بالعين والأطفال فوق 50 كغ ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يوميا بالنسبة للبارصيطامول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك، لا تترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم

50 مغ / 2 مغ

اص
20 قرصا
/ ثيوكولشيكورزيد

DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés

دولاستان®

علبة من 20 قرصا

37,00

ين
اح
إذا
لقد تم وصف
إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطرا أو إذا لاحظت وجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة،
تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي :
بارصيطامول 500 مغ
ثيوكولشيكورزيد 2 مغ
السواغ : ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى :
نشا القمح ، لاكتوز .

الصنف الصيدلي والعلاجي :

ينتسب بارصيطامول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة و مزيل للألم .
ثيوكولشيكورزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات .
الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء .

- كعلاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة :

- من الاضطرابات التنكسية في العمود الفقري والاضطرابات محاذاة العمود الفقري : صعر وآلام الظهر ، آلام أسفل الظهر .
• الاضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

موانع الاستعمال :

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

- الأطفال أقل من 15 عاما .

- أشخاص ذوي الحساسية لنشا القمح .

- حساسية لبارصيطامول أو لأحد مكونات المنتج

- حساسية لثيوكولشيكورزيد

- القصور الكبدية .

- الحمل و الرضاعة

احتياطات خاصة :

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة .

- المرضى الذين يعانون من الصرع .

- في حال الإصابة بالإسهال ، أخبر طبيبك .

- لتجنب خطر جرعة زائدة ، تحقق من عدم وجود بارصيطامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية .

- الحد الأقصى المقترح :

بالعين والأطفال فوق 50 كغ ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يوميا بالنسبة للبارصيطامول .

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك ، لا تترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم



NOVARTIS

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR
Dénomination du médicament :

VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour solution orale. Boîtes de 9 sachets
Diclofénac potassique

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. 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.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **Voltfast®** et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **Voltfast®** ?
- 3- Comment utiliser **Voltfast®** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **Voltfast®** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE VOLTFAST® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Voltfast contient le sel potassique du diclofénac, un composé non stéroïdien qui se caractérise par ses propriétés analgésiques et anti-inflammatoires.

La prise de Voltfast soulage les symptômes d'une inflammation tels que douleur et gonflement, en bloquant la synthèse des molécules (prostaglandines) responsables de l'inflammation, de la douleur et de la fièvre. Ce médicament ne peut cependant pas en soigner les causes.

L'effet du médicament se manifeste en l'espace d'env. 30 minutes.

Voltfast est utilisé sur prescription médicale dans le traitement à court terme (maximum 3 jours) des affections aiguës suivantes, dans les cas où un effet rapide est recherché, comme par ex. inflammations douloureuses après une blessure (par ex. entorse, élongation), inflammations et douleurs après une intervention chirurgicale orthopédique ou dentaire, douleurs et inflammations en gynécologie, crises de migraine avec ou sans aura, syndromes douloureux du dos et des cervicales, rhumatisme extra-articulaire, ainsi que traitement complémentaire lors de diverses infections aiguës douloureuses, en particulier au niveau des oreilles, du nez et de la gorge.



Il ne faut pas employer
Si vous souffrez d'une
cardiaque, votre mé-
par Voltfast, en parti-

**2- QUELS SONT
VOLTFAST® ?**

N'utilisez pas Voltfast :

si vous êtes allergique à l'un des composants ou si vous avez présenté des difficultés respiratoires ou des réactions de la peau de type allergique, par exemple un gonflement du visage, des lèvres, de la langue, du cou et/ou des extrémités (signes d'un angioedème), après la prise d'acéticyclique ou d'autres antalgiques ou antirhumatismaux, dits anti-inflammatoires non stéroïdiens, durant le 3^e trimestre de grossesse, en cas d'ulcères actifs de l'estomac et/ou de l'intestin grêle (ulcères duodénaux), de saignements ou de perforation gastro-intestinales ou en cas de symptômes tels que du sang dans les selles ou des selles noires, en cas de maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse), en cas de défaillance hépatique ou rénale sévère, en cas d'insuffisance cardiaque sévère, pour le traitement des douleurs après un pontage coronarien au niveau du cœur (ou de l'utilisation d'une circulation extracorporelle), chez les enfants de moins de 14 ans.

Si l'une de ces situations s'applique à votre cas, veuillez le signaler à votre médecin et ne prenez pas Voltfast. Votre médecin décidera si ce médicament vous convient. Si vous pensez être éventuellement allergique à ce produit, consultez votre médecin.

Durant le traitement par Voltfast, il est possible que des ulcères au niveau de la muqueuse du tractus gastro-intestinal supérieur, rarement des hémorragies, ou, dans des cas isolés, des perforations (gastriques ou intestinales) apparaissent. Ces complications peuvent survenir n'importe quand durant le traitement, sans aucun signe d'alarme. Afin de réduire ce risque au maximum, votre médecin vous prescrit une dose minimale efficace pour la durée de traitement la plus courte possible.

Adressez-vous à votre médecin si vous avez des douleurs gastriques que vous supposez être en relation avec la prise du médicament.

Il convient de faire preuve de prudence si vous souffrez d'une maladie du cœur ou de vaisseaux sanguins (maladies dites cardiovasculaires, notamment tension artérielle élevée non contrôlée, insuffisance cardiaque, maladie cardiaque ischémique ou maladie artérielle périphérique), car le traitement par Voltfast n'est généralement pas recommandé.

Si vous souffrez d'une maladie cardiovasculaire (voir ci-dessus) ou présentez des facteurs de risque importants comme une tension artérielle élevée, des taux de graisses sanguines anormalement élevés (cholestérol, triglycérides), un diabète ou vous fumez et que votre médecin décide de vous prescrire Voltfast, vous ne devez pas dépasser une dose de 100 mg par jour si votre traitement dure plus de 4 semaines.

En général, il est important d'utiliser la dose minimale efficace de Voltfast permettant de soulager vos douleurs et/ou d'atténuer le gonflement, et le moins longtemps possible pour réduire autant que possible vos risques d'effets secondaires cardiovasculaires.

Pour certains médicaments contre la douleur, les inhibiteurs COX-2, on a constaté, sous traitement à doses élevées et/ou à longue durée, une augmentation du risque d'infarctus

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour
solution orale

PPV - 49.70 Dhs

IVRE.

rtants de malad
uite du traiteme
ies.

T D'UTILISER



PS10406

INEXIUM® 40 mg,
comprimé
gastro-résistant
ésoméprazole

إينكسيوم® 40 ملغ،
قرص صا مد لحموضة
المعدة
ازومبرازول

6 118001 020607
641150MP/21NRO P.P.V.: 123,60 DH
Boite 14
40 mg
Cpr GR
INEXIUM
notre responsabilité
est limitée à l'information
SYNTHÉLABO

AstraZeneca