

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1687

Société : 168

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALIH Ahmed

Date de naissance : 1 - 1 - 1939

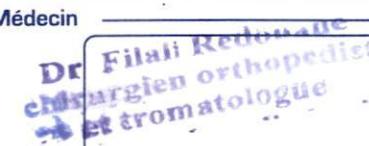
Adresse : Hay Toulay A Bde Mahran 293 n° 6
Ain chock

Tél. : 0672836086

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 12 / 2021

Nom et prénom du malade : Seffri Ahmed

Age : 82 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : transfusional gout - Chirurgie

Age : 82 ans

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) :

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
24/12/21	24	K 20	613,76	chirurgie Redouane et stomatologique
24/12/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALAOU HAR Rue Med Sakkat - Ain Chort Tel: 05.22.21.72.00	24/12/21	1036,82

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/12/21	Z15	150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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'EXEC

وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 24.12.2021

Sebhi

Rihel

22.00

Cash

P.V

4782

P.31

Dokta

S.V

98.50 x 10

1096.80

Hibn 3500

42.00

S.V

3m.3

83

11-1; 11r 20 mm

Dr Filali Redouane
chirurgien orthopédiste
et traumatologue

2x3 1.145.00

- Arrijet Cerv

app. ext. p.31

Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

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

Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée	20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base)	14,8 mg
Excipients q.s.p.	un comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE des médicaments contenant de la buprénorphine, de la EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les su Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en

PRECAUTIONS 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 PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLU avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGN AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autre part, il peut augmenter l'effet de certains médicaments. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales.

22,00

Cédol®
20 Comprimés



6 118000 180913



Omiz®

Oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélule

PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ® 20mg

Oméprazole..... 20 mg

Excipients q.s.p..... 1 gélule

Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

OMIZ® 10mg

Oméprazole..... 10 mg

Excipients q.s.p..... 1 gélule

Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale,

- Ulcère duodénal évolutif,

- Ulcère gastrique évolutif,

- Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-œsophagien,

- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une oesophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,

- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,

- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,

- Syndrome de Zollinger-Ellison,

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

- Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.

- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption sucre galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

42,00

Omiz 20mg
14 gélules

DASEN® 10.000 UI

INFORMATION DU MEDICAMENT

DEFINITION

DASEN® 10.000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE 10 000 unités*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophthalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOOTHERAPIE à visée anticedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bou Al aquam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à un de ses constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER AU MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours).

Ce traitement doit toujours être吞下 (swallow) cracher. La prise simultanée de deux médicaments est déconseillée.

Ne pas prendre de médicament sans avis médical ou de traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS CONSULTER LE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PPV :

EXP :

Lot N° :

DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants

6 118000 181064

47,80

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,



الإنارة II
INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 24.2.4.2022

Serrhi Ahmed

N° MP. An R. G (f + d)



وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

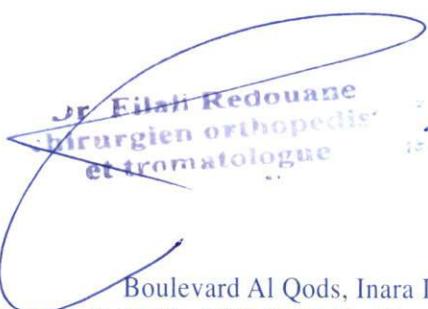
le 24.12.2022

Séthi Ahmed

Kgo + 3 Bande à scratch cm

F.5 cm + 2 Anel + Jersey.

Sant Mafri



Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

24.12.2022

2) Renseignements cliniques sommaires :

Pisum sur arbre de P.

m. 77.5 kg. Côte

3) Traitement envisagé et actes :

PPtus

K

2) Durée prévisible du traitement :

A -

LE

24.12.2022

Signature

François Redouane
Chirurgien orthopédiste
et traumatologue

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur:



وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 24.12.2021

Sirh. Ahmed

R² Mr. Dr. M. Giff + L

Dr. Hicham Redouane
Chirurgien orthopédiste
et traumatologue

RDV dim 2 mn
jardin a 24h

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 24/12/21

NOM & PRENOM : SALHI AHMED

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX CHEVILLE G F/P

- Fissure horizontale non déplacée du 1/3 inférieur du péroné gauche.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-99 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 892901 N° SEJOUR : 210041698

FACTURE N° 2102014241

DATE D'ENTREE : 24/12/2021 DATE DE SORTIE : 24/12/2021

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : SALHI, Mohamed

SALHI, Mohamed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1:

REF. PC 2:

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

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 : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE 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 : 24/12/2021 EDITEE LE : 24/12/2021 PAR: BOUNAS

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

DATE AT :



N° DE POLICE :

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



N° IPP :	891708	N° SEJOUR :	210041713	FACTURE N° 2105012235				DATE D'ENTREE :	24/12/2021	DATE DE SORTIE :	24/12/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5002 URGENCES				SALHI,Ahmed						
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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	20.00	22.50	450.00					0.00	450.00	
FOURNITURES MEDICALES				163.76					0.00	163.76	

Intervenant :	04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE	TOTAUX :	613.76							613.76	
Arrêtée la présente facture à la somme de :	SIX CENT TREIZE DHS ET SOIXANTE SEIZE CENTIMES	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	613.76				AVOIR :		
		RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	24/12/2021	EDITEE LE :	24/12/2021	PAR:	BOUNAS	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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					

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

T : 0522-21-30-70 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

DV : 0522-50-45-13

PE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



* IPP : 891708 N° SEJOUR : 210041702

FACTURE N° 2103016127

DATE D'ENTREE : 24/12/2021 DATE DE SORTIE : 24/12/2021

ASSURE :

MALADE : SALHI,Ahmed

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

SALHI,Ahmed

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	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA

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 : 24/12/2021

EDITEE LE : 24/12/2021 PAR: BOUNAS

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

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



