

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 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

- Reclamation : 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 Alal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakhri - Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 20 45 18 - www.mupras.com



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

Declaration de Maladie

N° W21-636778

par courriel

105357

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELMAJIDI Rachida

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse : N°3 Rue Chaurouk Hay Almountakhal Oujda

Tél. : 0666 78 86 34

Total des frais engagés : 330.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FELLAHITAQSEFT Saad
Urologue Vacataire
INPE: 081235558
POLYCLINIQUE CNSS D'Oujda

Date de consultation : 29/12/2021

Nom et prénom du malade : Rachida Abdelmajidi

Age : 65

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : My Ascute grade I

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 : 02/03/2022 Oujda

Le : 129 DEC 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Auf

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	15004	 INP: INPE: 081 555 555

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

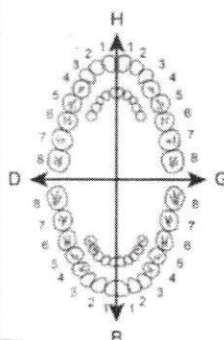
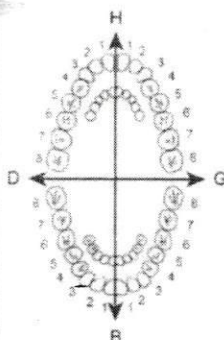
[illegible][illegible]

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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 D 21433552 00000000 00000000 35533411 B G 00000000 11433553			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre National de Santé

وصفة ORDONNANCE



- Urgence 24/24h
- Radiologie 24/24h
- Médecine Générale
- Pédiatrie
- Médecine Interne
- Castro-Hépatologie
- Entérologie
- Réanimation
- Ophtalmologie
- Chirurgie Infantile
- Chirurgie générale
- Traumatologie
- Orthopédie
- Gynéco obstétrique
- Laboratoire d'analyses
- Neurologie
- Urologie
- Dermatologie
- ORL
- Hémodialyse
- Néphrologie
- Cardiologie
- Oncologie

Le 28 DEC 2021
Nom et Prénom du malade :

Mme. Rachida
Abdelmajid

> Sol ficos 10 mg
1 cp R bis (01 min)

Mme. Rachida

PHARMACIE JELLOULI
Rue Ahmed Mokhtari N°10, Hay Najd 1
Tél: 05 36 54 10 10 - OUJDA

DR. FELLAHITAQSEFT SAAD
Urologue Vacataire
IMPE: 081215550
POLYCLINIQUE CNSS D'OUJDA

صولفيكار® 5 ملغ و 10 ملغ

سوليفيناسين

- تراكم السوائل في الساقين (وذمة).
- آثار جانبية نادرة (تمت معاليتها لدى أكثر من مريض واحد من أصل 10.000 مريض و أقل من مريض واحد من أصل 1000 من المرضى)
- تراكم كمية كبيرة من البراز في الأمعاء الغليظة (الاحتشار).
- تراكم البول في المثانة وعدم القدرة على إفراغ المثانة (احتباس البول).
- الدوخة، والصداع.
- القيء.
- الحكة والطفح الجلدي.
- آثار جانبية نادرة جدا (تمت معاليتها لدى أقل من مريض واحد من أصل 10.000 من المرضى)

- التغيرات في النشاط الكهربائي للقلب (ECG)، عدم انتظام ضربات القلب.
- طفح جلدي تحسسي.
- متفاعلات فرط الحساسية في الجلد والتي تتسبب في تورم في الأنسجة المتواجدة مباشرة تحت سطح الجلد (وذمة وعائية).

7. تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال

- ينبغي تقييم الأسباب الأخرى التي تؤدي إلى الإحساس المتكرر بالحاجة إلى التبول (فشل القلب أو أمراض الكلى) قبل وصف العلاج بصولفيكار®. وينبغي تتبع العلاج المناسب المضاد للبكتيريا في حالة التهاب المسالك البولية.
- ينبغي وصف صولفيكار® بحذر في الحالات التالية:
- انسداد المسالك البولية البالغ طيا و المتحلل مصحوب بخطر احتباس البول ؛
- اضطرابات انسداد الجهاز الهضمي ؛
- خطر تتفاقم حركة الجهاز الهضمي؛
- القصور الكلوي الحاد (تصفية الكرياتينين ≥ 30 مل / دقيقة)، لدى هؤلاء المرضى لا ينبغي أن تتجاوز الجرعة 5 ملغ في اليوم الواحد ؛
- القصور الكلوي المتوسط (مجموع 7-9 نقاط حسب مقياس Child-Pugh)، لدى هؤلاء المرضى لا ينبغي أن تتجاوز الجرعة 5 ملغ في اليوم الواحد؛
- الاستعمال المتزامن لمثبطات قوية من سيانوكروم P450 فرع 3A4 ، مثل الكينوكسازول ؛
- الفشل الكلوي، الارتداد المعدي المريئي و / أو العلاج المتزامن مع أدوية مثل (البابوفسونت) التي يمكن أن تسبب التهاب المريء أو تتفاقم التهابه؛

- الاعتلال العصبي الحشري.
- حتى الآن ، لم يتم التأكد من سلامة و فعالية استعمال صولفيكار® في حالة فرط نشاط الغدة الصعوية .
- هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز ، فلا ينبغي أن يستعمل من قبل المرضى الذين يعانون من مشاكل وراثية تتعلق بعدم تحمل الجالاكتوز ، و نقص اللاكتاز لآب أو سوء امتصاص الجلوكوز و الجالاكتوز.

- تمت ملاحظة وذمة وعائية مع انسداد مجرى التنفس لدى بعض المرضى الذين عولجوا بسوكسينات السوليفيناسين. في حالة حدوث وذمة وعائية ، يجب التوقف عن تناول سوكسينات السوليفيناسين و يجب استعمال دواء آخر و / أو اتخاذ تدابير العلاج المناسبة .
- يمكن تقييم التأثير الأمثل لصولفيكار® على المدى القريب بعد 4 أسابيع من العلاج.

اقرأوا هذه النشرة بعناية قبل البدء في تناول هذا الدواء لأنه يحتوي على معلومات مهمة بالنسبة لكم

احتفظوا بهذه النشرة ، قد تحتاجون إلى قراءتها مرة أخرى

إذا كانت لديكم أسئلة أخرى ،اطلبوا من طبيبك أو الصيدلي الحصول على مزيد من المعلومات

تم وصف هذا الدواء لكم. لا تعطوه لأشخاص آخرين ، يمكن أن يكون ضارا لهم ، حتى إذا كانت علامات مرضهم مماثلة لعلاماتكم

إذا كانت إحدى الآثار الجانبية خطيرة ، أو إذا لاحظتم أن هناك آثار جانبية غير مدرجة في هذه النشرة ، يرجى إخبار طبيبك أو الصيدلي

1. تركيبة الدواء

كل قرص يحتوي على :

سوكسينات السوليفيناسين..... 5 ملغ أو 10 ملغ

سواغ: مونوهيدرات اللاكتوز ، نشاء مسبق الهلمنة ، ستيرات المغنيسيوم ، أوبادري أبيض و أوبادري أصفر وماء مطهر، ك.ك

سواغ ذو تأثير معروف : اللاكتوز

2. الشكل الصيدلي والتقديم:

صولفيكار® أقراص مغلفة تحتوي على 5 ملغ في عوات 30 قرص.

صولفيكار® أقراص مغلفة تحتوي على 10 ملغ في عوات 30 قرص.

3. دواعي الاستعمال العلاجي

يوصف صولفيكار® لعلاج أعراض عدم السيطرة على التبول المتواتر و / أو تكرار البول و الإحاح البولي التي يمكن ملاحظتها لدى المرضى الذين يعانون من فرط نشاط المثانة.

4. الجرعة و طريقة الاستعمال :

- الجرعة: بالنسبة للبالغين، بما في ذلك كبار السن :
- الجرعة الموصى بها هي 5 ملغ من سوكسينات السوليفيناسين مرة واحدة في اليوم.
- إذا لزم الأمر، يمكن زيادة الجرعة إلى 10 ملغ سوكسينات السوليفيناسين مرة واحدة في اليوم.
- بالنسبة للأطفال والمراهقين:
- لم يتم بعد تقييم مدى سلامة وفعالية تناول السوليفيناسين بالنسبة للأطفال ، وعليه لا ينبغي أن يوصف صولفيكار® للأطفال
- فئات خاصة من المرضى :
- القصور الكلوي :
- ليس من الضروري تعديل الجرعة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من فشل كلوي بسيط إلى متوسط (تصفية الكرياتينين < 30 مل / دقيقة) ، أما في حالة القصور الكلوي الشديد (تصفية الكرياتينين ≥ 30 مل / دقيقة) فيجب استعمال الدواء بحذر، و لا ينبغي تجاوز جرعة 5 ملغ مرة واحدة في اليوم.
- القصور الكبدى :
- ليس من الضروري تعديل الجرعة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من قصور بسيط في وظائف الكبد، أما في حالة القصور الكبدى المتوسط (مجموع 7-9 نقاط حسب مقياس Child-Pugh)، فيجب استعمال الدواء بحذر، و لا ينبغي تجاوز جرعة 5 ملغ مرة واحدة في اليوم.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA

Bd Echouhada

60000 OUJDA

Tél: 0536-68-50-49 Fax: 0536-68-60-11

INPE: 080001480 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 8209	N° SEJOUR : 210035604	FACTURE N° 2102014842		DATE D'ENTREE : 29/12/2021		DATE DE SORTIE : 29/12/2021				
ASSURE : ABDELMOUMNI RACHIDA		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : 192200519 N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE :						
MALADE : ABDELMOUMNI, Rachida				ABDELMOUMNI RACHIDA						
NOM JEUNE FILLE : EM				HAY AL MOSTAKBAL RUE CHORROUK N 3 O						
TIERS PAYANT 1 :				OUJDA						
TIERS PAYANT 2 :				OUJDA PRINCIPAL						
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
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	
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION DE SPECIALISTE OU PROFESSEUR	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 11138 DR FELLAHI TAQSEFT SAAD (UROLOGUE)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	0.00
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE : 29/12/2021	EDITEE LE : 29/12/2021	PAR: BENAOD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA				
		BANQUE :		BMCE - OUJDA				
		N° compte bancaire :		011570000013210006052792				

Acquittée
Consultation