

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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
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

M22- N° 000388

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9995 Société : 109140

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 000388

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
O.D.F. Prothèses dentaires				Début d'exécution Fin d'exécution																
Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux Montant des soins																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		C		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Date du devis Fin de
H		C																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VOLET ADHERENT	NOM	Mle
DECLARATION N°	W18-380042	
Date de Dépôt	Montant engage	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

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

W18-380042

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	9995
Nom & Prénom		MRABTI milem	
Fonction	RETRAITE	Phones	0661881100
Mail	MRABTI@GMAIL.COM		
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Mermie singulier gauche.			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C8+2h		3000	
PHARMACIE		Date 03/03/22	
Montant de la facture		62,60	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nbre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Mouad NOURI
Professeur Agrégé
Chirurgien Urologue
Clinique ACHIFAA - OUJDA
Ed. Med Jelloul - OUJDA
Tél: 05 36 83 06 06
INP: 101114670

Dr. Mohamed Nouri
Tél: 05 36 60 60 11
INP: 08804688

Docteur Mouâd NOURI

Professeur Agrégé

Chirurgien Urologue

Ex-Professeur au CHU
de Rabat et de Marrakech
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

الدكتور معاذ نوري

أستاذ مبرز في جراحة الكلى

طبيب جراح مختص في أمراض وجراحة الكلي
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية - تفتت الحصى

أستاذ سابق بالمركز الاستشفائي الجامعي

بالرباط وبمراكش
حامل شهادة كلية الطب بباريس

Oujda, Le 03 MARS 2021 وجدة، في

03 MARS 2022

m- M' R A B T I Miloud

13,20
1. Algite 2/2 x 2/2 / 202
2. Colt 2/4 x 2/2 / 202

49.40

62.60

2.60

Dr. Mouad NOUR
CHIRURGIEN D'OROLOGIE
CLINIQUE ACHFAA-OUIDA
10, Med Jelloul Ouidja / Tél: 05 36 53 08 08 /
05 36 53 03 53



101111870

CLINIQUE ACHIFAA OUIDA

شارع محمد جلول 3 - وجدة

BOULEVARD MED JELLOUL 3- OUIDA

مصحة الشفاء وحدة

TÉL : 05 36 52 08 08 / TÉL: 05 36 53 06 06 - FAX : 05 36 53 03 53 - GSM : 06 71 37 02 69
E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - fb.com/Clinique.Achifaa.Oujda/ - youtube/Pr NOURI MOUAD

COLTRAX® 4mg
Comprimés,
Boîtes de 12

COLTRAX® 4ml/2ml
Ampoules,
Boîtes de 6 ampoules de 2ml

THIOLCHOLCHOSIDE

- Veuillez 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 toute autre question, 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.
- 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimés	p cp
THIOLCHOLCHOSIDE (DCI)	4 mg
Excipients Q.S.P.	1 Comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM	p ampoule
THIOLCHOLCHOSIDE (DCI)	4 mg
Excipients Q.S.P.	2 ml

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium (IM)

Classe pharmacothérapeutique

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE :

Comprimés :

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Solution injectable IM :

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme

Utilisation chez les enfants et les adolescents

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

DUREE DE TRAITEMENT :

NE DÉPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

ATT

DAI

Si

cert

méd

Ne

• Si

à la

dans

• Si v

que v

• Si v

n'utilis

• Si vous

En cas

traitement

intramusculaire

Pour la

forme

Ampoules.

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENNENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- De la somnolence.

Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

Les effets indésirables suivants surviennent rarement :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une obnubilation passagère pour la forme ampoules.

Les effets indésirables suivants sont de fréquence indéterminée :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle qu'un oedème de Quincke (brusque gonflement du cou et du visage pouvant entraîner une difficulté à respirer). Il peut provoquer également un choc anaphylactique (réaction allergique grave mettant le patient en danger avec malaise brutal et baisse importante de la tension artérielle, pouvant être précédée d'une éruption de boutons, de démangeaisons, de rougeurs sur la peau, d'une difficulté à respirer, d'un gonflement du visage et/ou du cou).

- Des convulsions ou des récurrences de crises chez les patients épileptiques.

- Une atteinte du foie (hépatites)
- Un malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM pour la forme ampoules.

Si l'un de ces effets survient, arrêtez le médicament et contactez immédiatement votre médecin.

ALGIK®

Paracétamol
Comprimés

COMPOSITION

- Paracétamol (DCI)
- Caféine

Excipients : q.s.

FORME ET PRESENTATION

Comprimés : Etui de 16 comprimés

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrétique.
- Caféine : stimulant du système central.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC - PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda,
Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 - Ain Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique des :

- affections douloureuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée.
- états fébriles (en cas de grippe).

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif (Caféine) pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopage.

Cependant, la dose de caféine reconnue comme dopante de 12 µg/ml d'urine, ne peut être atteinte par la prise d'ALGIK 500 mg aux posologies recommandées.

Seule, l'absorption simultanée de médicaments ou de boissons (café, thé, en quantités relativement importantes) contenant également de la caféine, pourrait induire un test positif.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- Insuffisance hépatique légère, d'alcoolisme chronique.
 - Administration concomitante de médicaments hépatotoxiques.
 - Insuffisance rénale sévère (risques d'effets secondaires rénaux lors de l'usage chronique de doses élevées).
- En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Paracétamol

Le paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de l'acide urique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose-oxydase-peroxydase.

Éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout effet indésirable en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

ALLAITEMENT

Il n'existe pas d'étude de tératogénèse.

Une étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines de femmes, n'a pas permis de conclure à un effet tératogène.

ألجيك

باراسيتامول (500 ملغ) + كافيين (50 ملغ)

LOT 219109

EXP 10/24

PPV 13DH20

مضاد للصداع والحمى

50082

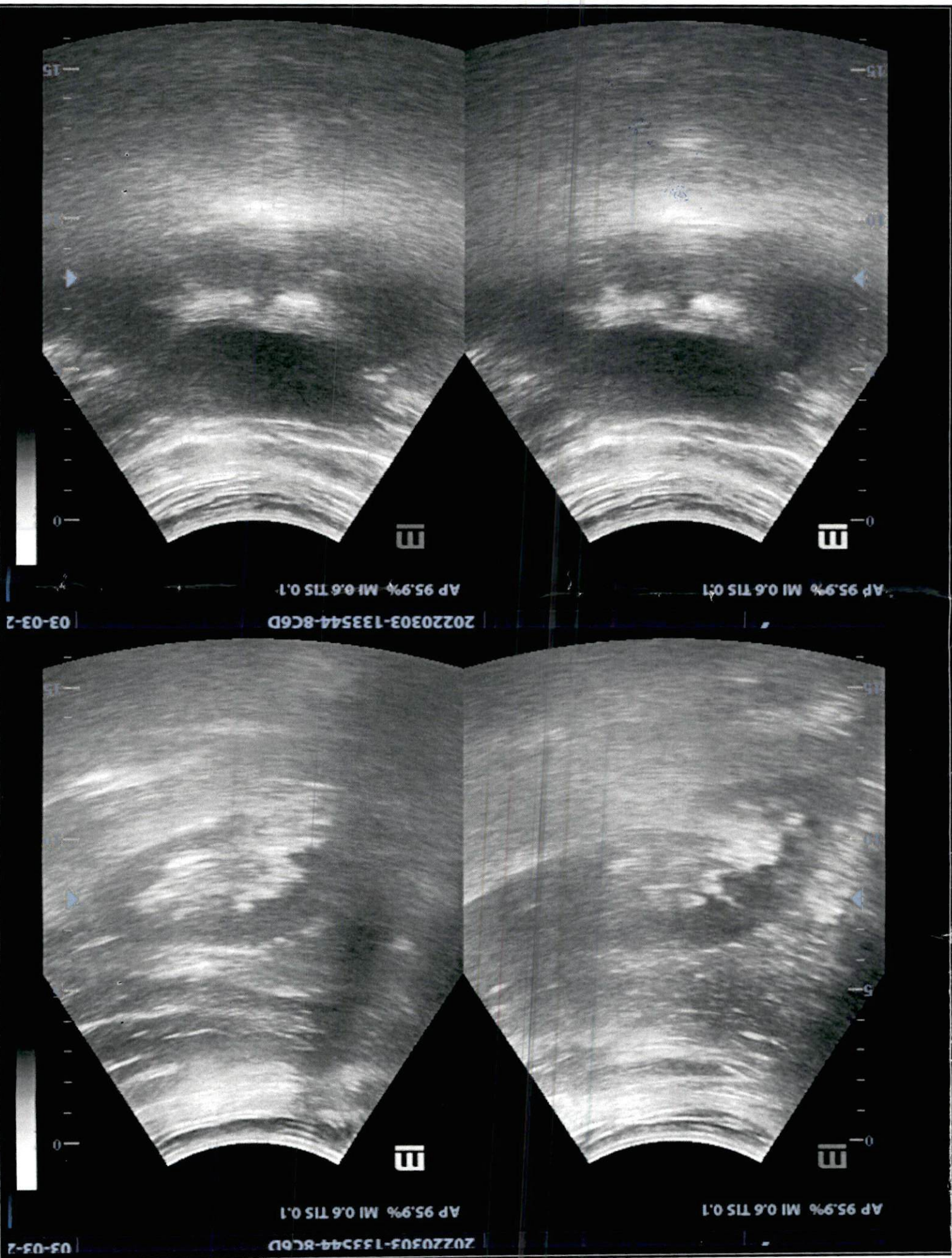


080061898

Dr. Mouâd NOURI
Professeur Agrégé
Chirurgien Urologue
Clinique ACHIFAA - OUJDA
Bd. Med Jelloul 3 - OUJDA
Tél: 05 36 53 06 06
INF: 101111870



Clinique Achifaa: Bd Med Jelloul 3 - Oujda - Tél:05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53 - Gsm: 06.71.37.02.69
E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - Youtube/Clinique Achifaa Oujda
T.P:11277320 - I.F:15201462 - ICE:001702708000034 - CNSS: 4207892 - BMCE BANK RIB: 011570000001210003631690



Pr NOURI MOUAD
Clinique Achifaa oujda
BD MED JELLOUL 3 OUJDA

Tél: 05 36 53 06 06

05 36 53 08 08/05 36 53 09 09

E-mail : mohamednouri2003@yahoo.com



OUJDA Le 03/03/2022

Compte Rendu d'Echographie Rénale et
VesicoProstatique

Mr M'RABIT MILOUD

Renseignements cliniques sommaire :

Hernie inguinale gauche

Examen Echographique :

-Appareil utilisé MEDISON SONOACE 5000

-La vessie est de paroi fine, ne comportant aucune lésion décelable à l'échographie.

- Testicule et épiddyme gauches normaux

- Présence d'une volumineuse hernie inguinale gauche à contenu intestinal et epiploïque.

SIGNE : PR NOURI MOUAD

Dr. Mouâd NOURI
Professeur Agrégé
Chirurgien Urologue
Clinique ACHIFAA - OUJDA
Bd. Med Jelloul3
Tél: 05 36 53 06 06
INP: 101111570

CABINET D'UROLOGIE PR NOURI MOUAD

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Professeur agrégé – Chirurgien Urologue
Ex-Professeur au CHU de Rabat et de Marrakech
Diplômé de la faculté de médecine de Paris

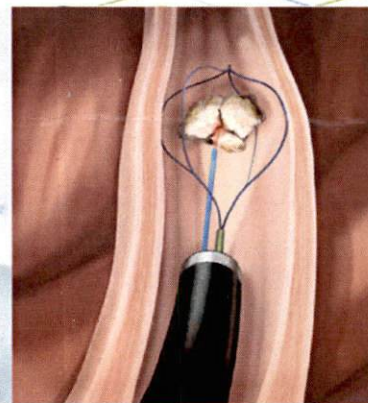
ECHOGRAPHIE/DOPPLER



CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE



LITHOTRIPSIE EXTRA CORPORELLE



ENDO UROLOGIE



BILAN URODYNAMIQUE

Nom et prénom

mrabti miloud

Date

03/03/2022