

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 :

Toutes 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.

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.

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

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 :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficients des soins
DROITE	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28				
GAUCHE	31 32 33 34 35 36 37 38 39 310 311 312 313 314 315 316 317 318				
HAUT					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficients des travaux
		H		
DROITE	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000	
GAUCHE	31 32 33 34 35 36 37 38 39 310 311 312 313 314 315 316 317 318	D 00000000 35533411	C 00000000 11433553	
HAUT				

(Creation, Remont, adjonction)		Montant des soins
Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession		

VOLET ADHERENT		NOM	Mle	Date du devis
DECLARATION N°		W18-380042		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Fin de
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 9995.

Nom & Prénom *MRABTI Miloud*
Fonction *RETRAITE* Phones *060188200*
Mail *MRABTI.M16@gmail.com*

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Hennie signe la gauche.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C8 + E7</i>		<i>300 Dh</i>

PHARMACIE Date 03/03/22

Montant de la facture *62,60*

ANALYSES - RADIGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

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 متخصص في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية - تفتيت الحصى

أستاذ سابق بالمركز الإسثنافي الجامعي
بالرباط وبمراكش
حامل شهادة كلية الطب بباريس

Oujda, Le 03 MARS 2021 وحدة في

M. M'RABTI Miloud

13,20 . 1 Algiers W X 21j / 10j
41 Colmar 14 X 11j

49.40
62.60
INPE: 06200000000000000000000000000000
S.A.V. Mohamed V - N°00111111111111111111111111111111
DR HAMMACHI Abdellah
PHARMACE
AL FISKA
AL FISKA

~~Dr. Mouad NOURI
CHIRURGIEN UROLOGUE
CLINIQUE ACHIFAA OUJDA
42, Med Jelloul 3 Oujda / Tel: 05 36 53 08 08 /
Fax: 05 36 53 03 53~~



101111870

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

TÉL : 05 36 53 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

شارع محمد جلول 3 - وجدة

BOULEVARD MED JELLOUL 3 - OUJDA

مصحة الشفاء وجدة

COLTRAX® 4mgComprimés,
Boîtes de 12**COLTRAX® 4ml/2ml**

Ampoules,

Boîtes de 6 ampoules de 2ml

THIocolchicoside

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	4 mg
THIocolchicoside (DCI)		
ExcipientsQ.S.P.....	1 Comprimé	

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM	p ampoule	
THIocolchicoside (DCI)	4 mg	
ExcipientsQ.S.P.....	2 ml	

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium (IM)

Classe pharmacothérapeutique

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Traitements d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aigüe 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 dépasser 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 DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

ATT
DAI
Si
cen
me

Ne

• Si

à la

dans

• Si

que v.

• Si v.

n'utilisa

• Si vous a

• En cas de

trouble

de la coagulation

ou si vous

sulvez un

traitement

anticoagulant

(contre-indication liée à la voie

intramusculaire)

Pour la forme

Ampoules.

49,40

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 INDESIDRABLES, 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 œdème 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 récidives 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 PRÉSENTATION

Comprimés : Etui de 16 comprimés

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrrétique.
- 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

Traitements symptomatiques 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.

PRÉCAUTIONS 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.

PRÉCAUTIONS 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.

En cas de doute, il faut signaler systématiquement tout symptôme suspect de toxicité hépatique en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

ALLAITEMENT

Il existe pas d'étude de tératogénèse.

Il n'existe pas d'étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines d'individus, démontrant l'effet tératogène.

أليكس

باراسيطامول (500 ملг) + كافيين (50 ملг)

LOT 219109

EXP 10/24

PPV 13DH20

مخد لتصداع والحمى

50082



مصحة الشفاء وجدة

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 105/0322



03/03/2022

080061898

Nom et prénom :	Monsieur M'RABIT Miloud
Date Consult. :	03/03/2022
Actes :	- CS+ECHO

Désignation	Total
- ECHOGRAPHIE	150.00
- CONSULTATION UROLOGUE DR MOUAD NOURI	150.00
Total	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents Dirhams

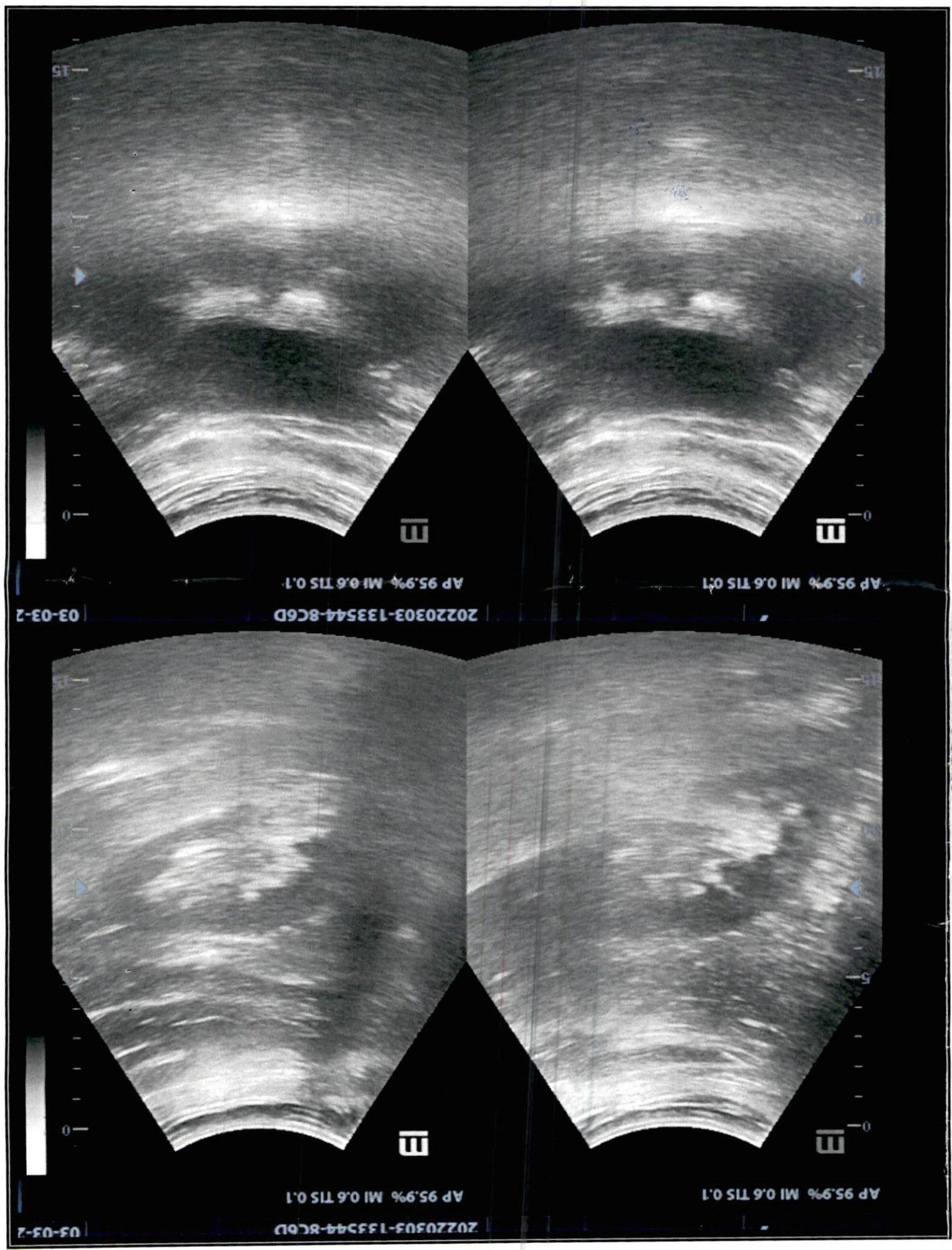
Dr. Mouad NOURI
Professeur Agrégé
Chirurgien Urologue
Clinique ACHIFAA - OUJDA
Bd. Med Jelloul 3 - OUJDA
Tel: 05.36.53.06.06
INP: 101111870



080061898

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: 00170270800034 - CNSS: 4207892 - BMCE BANK RIB: 01157000001210003631690

multiplane mode



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 épididyme gauches normaux

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

SIGNE : PR NOURI MOUAD

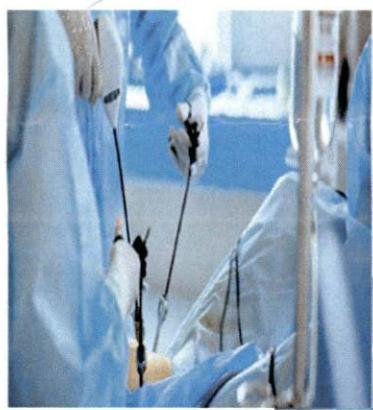
*Dr. Mouâd NOURI
Professeur Agrégé
Chirurgien Urologue
Clinique ACHIFAA - OUJDA
Bd. Med Jellouli 3 - OUJDA
Tel: 05 36 53 06 06
INP: 101111870*

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

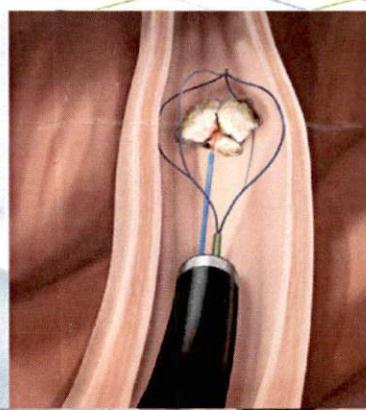
ECHOGRAPHIE/DOPPLER



CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE



LITHOTRIPSIE EXTRA CORPORELLE



ENDO UROLOGIE



BILAN URODYNAMIQUE

Nom et prénom

mrabti miloud

Date

03/03/2022