

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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- 0009059

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : WARID BOUOZZA
 Date de naissance : 1945
 Adresse : AIN CHIFA I Rue 1 n°80 CASA
 Tél. : 0695372553 Total des frais engagés : 854.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22.07.2022
 Nom et prénom du malade : WARID BOUOZZA Age : 77 ANS
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ☒ Pathologie :
 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 : CASA Le : 19/07/22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
14/07/22	C1		1800 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE MEDINA 31, Rue Abou El Abbas, Derb Baladie CASA BLANCA Tél : 0522 28 12 95 - 0522 80 44 61	21/07/22	297,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES 96, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC Tél : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73 Email : haizounadil@menara.ma	21/07/22	B 300 PC 1,5	427,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

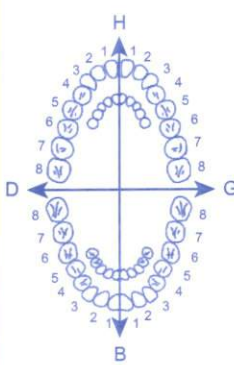
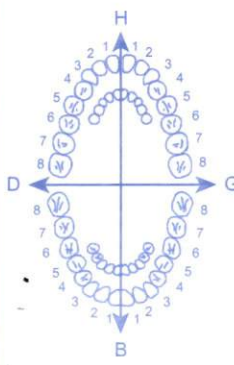
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail
Médecine Générale

الدكتور المصطفى معاشو

إختصاصي في طب الشغل
الطب العام

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

- فحص بالصدى
- تخطيط القلب الكهربائي
- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين
- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 11.07.2015

Dr. M. Maachou

6600 - Ati Ryah (109)

3880 - Flehman sing

193.10 - Can h/ko cy

297.00 - 144 x 0201015

PHARMACIE NOUVELLE MEDINA
MBL SARL AU
31, Rue Abou El Abbas, Derb Baladia
CASABLANCA
Tél: 0522 28 12 95 - 0522 80 44 51

05 22 82 98 60 : الهاتف - مكرر - 12 مكرر - القاضي العراقي 12 مكرر - الهاتف : 05 22 82 98 60

Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis - Tél. : 05 22 82 98 60 - E-mail: dr.maachou-m@hotmail.fr

DR. EL MOUSTAPHA
Spécialiste en Médecine de Travail
Médecine GÉNÉRALE
Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis
Tél: 0522 82 98 60

CONTIFLO® 1D

Gélules à libération prolongée (Chlorhydrate de tamsulosine)

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 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.

1. Dénomination du médicament

CONTIFLO® OD 0,4mg

Ce médicament contenant du chlorhydrate de tamsulosine, se présente sous forme de gélules à libération prolongée en boîtes de 10, 30 et 60.

2. Composition du médicament

- Substance active : Chlorhydrate de tamsulosine 0,4mg
- Excipients en q.s.p. une gélule à libération prolongée : cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, copolymère d'acide méthacrylique-acrylate d'éthyle, hydroxyde de sodium, triacétine, talc, dioxyde de titane,

8. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi

Mises en garde spéciales

Si vous ressentez une impression de malaise, de vertiges, fatigue, de baisse de tension lors d'un changement de position, adoptez la position que vous adoptez habituellement, puis attendez quelques minutes avant de vous lever. Si vous ressentez des effets indésirables, consultez votre médecin. Si vous ressentez une réaction allergique au médicament, consultez votre médecin. Vous devez le signaler à votre médecin.

PPV: 193DH10

sig CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Si vous devez prochainement vous faire opérer de la cataracte, informez votre ophtalmologiste si vous avez été ou êtes actuellement traité par CONTIFLO® OD 0,4 mg, gélules à libération prolongée. Il pourra alors prendre des précautions appropriées en fonction de votre traitement au moment de l'intervention chirurgicale. Demandez à votre médecin si vous devez ou non remettre à plus tard ou interrompre provisoirement votre traitement, en cas d'opération de la cataracte.

Ce médicament contient des agents colorants azoïques : Jaune orangé S (E110), rouge cochenille A (E124), azurobine (E122), qui peuvent provoquer des réactions allergiques.

Précautions d'emploi

La prudence s'impose chez les sujets traités par des médicaments antihypertenseurs, chez l'insuffisant rénal chronique, chez le sujet âgé de plus de 65 ans et chez le patient coronarien.

Hygiène de vie : il est recommandé de vous astreindre à une certaine hygiène de vie durant ce traitement et notamment : au maintien d'une activité physique, à la surveillance d'un régime alimentaire (éviter les repas riches, trop épicés, trop alcoolisés); ne pas trop boire le soir; maintenir un transit intestinal régulier.

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT :

FLUIBRON® 0,3%, sirop- flacon de 200 ml
Ambroxol

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 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.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Ambroxol chlorhydrate (DCI)0,30 g
Pour 100 ml de solution buvable.

Excipients : sorbitol liquide, glycérol, acide citrique monohydrate, saccharine sodique, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, arôme, silicic suspension, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire :

sorbitol liquide, parahydroxybenzoate de propyl, parahydroxybenzoate de méthyle, glycérol.

3- CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

MUCOLYTIQUES.

(R: Système respiratoire).

4- INDICATIONS :

Traitement des troubles de la sécrétion bronchique de l'adulte, notamment au cours des affections bronchiques aiguës et des épisodes aigus des bronchopneumopathies chroniques.

Ce médicament est un expectorant. Il facilite l'évacuation par la toux des sécrétions bronchiques.

5- POSOLOGIE :

Posologie

RESERVE A L'AD.

La posologie de ce matin et soir.

Mode d'administr

Voie orale.

Fréquence d'admi

77.

200

01/2

300

300

3

Ne prenez jamais FLUIBRON

dents d'allergie à ce médi

constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL ES

DEMANDER L'AVIS DE VO

VOTRE PHARMACIEN.

7- Effets indésirables :

Comme tous les médicament

susceptible d'avoir des effets in

le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de survenue de tro

mineurs à type de nausées, vo

cédant rapidement à la diminut

Ont été décrits:

- des cas de réactions cuta

- d'érythème, de rash, de prurit,

- très rarement des manifes

avec survenue de choc et oed

été d'évolution favorable dans l

Dans ces cas, le traitement de

interrompu.

Ont été également très raremen

- des cas de céphalées et de ve

Peut présenter un effet laxatif lé

kcal/g de sorbitol).

Peut provoquer des réac

parahydroxybenzoates de m

(éventuellement retardées).

Si vous remarquez des effets in

nés dans cette notice, ou si ce

deviennent graves, veuillez en

ou votre pharmacien.

8- MISES EN GARDE SPECIAL

PARTICULIERES D'EMPLOI

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 13.07.2011

Nom/Prénom : W. A. R. D. ... Age : Sexe : H ☒ F ☐

Hématologie

- ☐ NFS
☐ Plaquettes
☐ VS
☐ CRP
☐ Hémoculture + Antibiotogramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR

Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
☐ HGPO
☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na⁺
☐ K⁺
☐ Cl⁻
☐ Ca⁺⁺
☐ Phosphore
☐ Mg⁺⁺
☐ Bicarbonates (HCO₃⁻)
☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
☐ ECU + Antibiotogramme

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
☐ Bilirubine libre et conjuguée
☐ Phosphatases ACIDES
☐ Phosphatases Alcalines
☐ Lactate Déshydrogénase LDH
☐ Transaminases ASAT, ALAT
☐ Gamma-GT
☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
☐ Troponine
☐ Electrophorèse des protéines EPP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
☐ Hépatite B
☐ Antigène Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbc
☐ Anticorps Anti-Hbe
☐ Hépatite C
☐ Anticorps Anti-HVC
☐ Sérologie Toxoplasmose
☐ Sérologie Rubéole
☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
☐ Anticorps anti-nucléaires
☐ Anticorps anti-DNA natif
☐ ASLO
☐ Dosage du complément
☐ Sérologie HIV

Examen parasitologique des selles + Coproculture

- ☐ **Dr MAACHOU EL MOUSTAPHA**
Spécialiste en Médecine de Travail
MEDECINE GENERALE
Quartier Baboula, Rue CABI EL IRAKI, 10 Bm
Tél/Fax : 0522 82 96 80

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ Triglycérides

Groupage sanguin et AC irréguliers

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Bilan de la fonction thyroïdienne

- ☐ T3
☐ T4
☐ TSH

Bilan de la fonction rénale

- ☐ Créatinine
☐ Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- ☒ PSA

Enzymes musculaires

- ☐ LDH
☐ CPK
☐ CPK-mb

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca⁺⁺
☐ Phosphore
☐ Na⁺
☐ K⁺
☐ Cl⁻
☐ Urée
☐ Créatinine

Autres :

LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES

396 Bd. El Fida 1er étage
CASABLANCA
Tél. : 05 22 28 10 61

Dr HAIZOUN Adil
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy (FRANCE)
Spécialiste en Biologie Médicale

Casablanca le 21 juillet 2022

Monsieur WARID BOUAZZA

FACTURE N°	48317
------------	-------

Analyses :

PSA totale -----	B	300	Total : B 300
------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	427,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Vingt Sept Dirhams

I.C.E : 001576040000044
INPE : 003060839

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
396 Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0699 05 74 73
E-mail : haizounadil@menara.ma

Dossier ouvert le : 21/07/22
Prélèvement effectué à 08:37
Edition du : 21/07/22



Monsieur WARID BOUAZZA

Réf. : 22G983

Page : 1/1

MARQUEURS

ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

P.S.A. Total : 7,280 * ng/ml

Normales

Antériorité

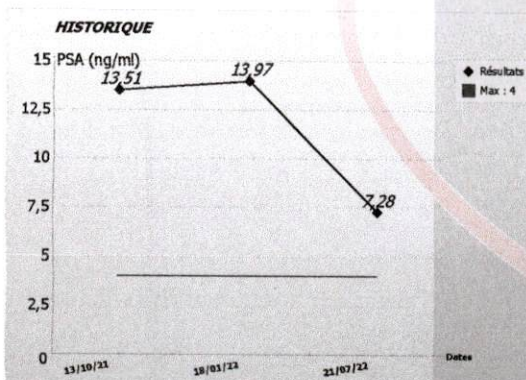
18/01/22

< 4

13,970

(Méthode E.L.F.A.)

Le toucher rectal, le massage prostatique, une cytoscopie, une échographie transrectale, une biopsie, augmentent transitoirement le taux de PSA.



Ouverture :
Tous les jours
de 7h à 19h,
Samedi
de 7h à 13h

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

396, Bd. El Fida Casablanca - Maroc - Tél. : 05 22 28 10 61 - Gsm : 06 96 05 74 73

Email : haizounadil@gmail.com

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73
E-mail : haizounadil@gmail.com