

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0009642 23/11

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AKRAN ABDELNATIO
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : LOT LA INOUNE NR 469
 CASA BLANCA
 Tél : 0639 255272 Total des frais engagés : 2820,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2022
 Nom et prénom du malade : NOUEN ASMA épouse AKRAN Age : 63
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cancer du colon
 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 BLANCA Le : 23/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

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
09/11/22			6	Hôpital Universitaire International Cheikh Mohammed VI Médecin Résident Dr. R. HA MALAK Chirurgie 790061862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AVENUE NACIRI 263 Av. Mohamed Taieb Naciri Hay Hassani (Oujda) - Casablanca RC: 590249	09-11-22	822.00
PHARMACIE AVENUE NACIRI 53, Avenue Mohamed Taieb Naciri Hay Hassani (Oujda) - Casablanca RC: 590249	14-11-22	65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire de Radiologie Tél: 05.29.05.02.33 E-mail: labo@fch.ma	21/11/22	530	360,00 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHARMACIE AVENUE NACIRI 263 Av. Mohamed Taieb Naciri Hay Hassani (Oujda) - Casablanca RC: 590249	09/11/22					1548,49
	23/11/22					1523,40

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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Pharmacie AVENUE NACIRI - Casablanca

Nadia MESTASSI

05 22 69 20 42 / 06 62 05 67 56

253, Avenue Mohamed Taieb Naciri Hay Hassani, Casablanca



Facture N° 20221114-377

Date de vente : 14/11/2022

Médecin traitant :

AKRAM ABDELMAJID

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SPASFON CO 80MG B30 COMP	1	27,50	TVA (7.00%)	27,50
COTRIM FORT CO 800MG/160MG B20 COMP	1	38,00	TVA (7.00%)	38,00

Total HT	61,21 DHS
TVA	4,29 DHS
Total	65,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-cinq DHS et cinquante centimes

PHARMACIE AVENUE NACIRI
253, Avenue Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oudta) - Casablanca
Tel : 05 22 69 20 42

IF : 24944834 TP : 36000147 RC : 390249 ICE : 001936143000058

Tel : 05 22 69 20 42 / 06 62 05 67 56

Adresse : 253, Avenue Mohamed Taieb Naciri Hay Hassani, Casablanca

CO-TRIM®

Sulfaméthoxazole - Triméthoprim

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS :

CO-TRIM® : boîte de 20 comprimés

CO-TRIM® Fort : boîte de 20 comprimés

Suspension buvable (nourrisson et enfant) : flacon de 100 ml correspondant à 20 cuillères mesure de 5 ml.

COMPOSITION :

Comprimés :

CO-TRIM®

Sulfaméthoxazole 400 mg

Triméthoprim 80 mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé

CO-TRIM® Fort

Sulfaméthoxazole 800 mg

Triméthoprim 160 mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Suspension buvable

Sulfaméthoxazole 200 mg

Triméthoprim 40 mg

Excipient q.s.p. 5 ml

Par cuillère mes. de 5 ml

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Association de Sulfamide et Triméthoprim

DANS QUELS CAS UTILISER

Traitement curatif :

• des infections à Pneumococcus

• des infections urogénitales

Prévention des infections à P.

• chez les patients infectés

diminuée au cours d'études

périodes ;

en cas de greffe de moelle

D'autre part, en tenant compte

observées dans ces pathologies.

Traitement :

• des infections urinaires de l'enfant et du nourrisson (CO-TRIM® nourrisson et enfant) ;

• des infections urinaires hautes et basses de la femme, notamment traitement modeste de la cystite aiguë non compliquée de la femme de

moins de 65 ans (CO-TRIM® Adulte et CO-TRIM® Fort) ;

• des otites et sinusites, mais uniquement après documentation bactériologique ;

• de certaines infections bronchopulmonaires ;

• des infections digestives, et de la fièvre typhoïde.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ne prenez jamais CO-TRIM® dans les cas suivants :

- chez les prématurés et les nouveau-nés.

- pendant l'allaitement si le nouveau-né a moins d'un mois.

- en cas d'allergie à l'un des composants de ce médicament (en particulier allergie aux sulfamides) et aux parabènes (Suspension buvable).

- en cas de déficit en G6PD (glucose 6 phosphate déshydrogénase), y compris lorsque ce déficit concerne l'enfant allaité (présence du médicament dans le lait maternel) : risque de déclencher une destruction des globules rouges.

- en cas d'association avec un traitement par le méthotrexate.

- en cas de maladie du foie.

Le médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ :

- en période d'allaitement.

- en association avec la phénytoïne, les médicaments qui augmentent le potassium dans le sang.

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

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde spéciales :

Les manifestations cutanées ou les modifications du bilan sanguin imposent l'arrêt immédiat du traitement.

Les modifications du bilan sanguin surviennent plus fréquemment chez les personnes carencées en folates.

Aussi, un bilan sanguin régulier est nécessaire :

- En cas de traitement de longue durée ou répétitif.

- Chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

- Chez les personnes carencées en folates.

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

Précautions d'emploi :

PREVENIR VOTRE MEDECIN en cas d'insuffisance rénale, d'antécédents d'allergie à ce médicament ou aux antibiotiques, de maladie du foie, de maladie sanguine.

Un bilan sanguin doit être effectué en cas d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale et de problèmes sanguins antérieurement connus.

Une surveillance biologique (dosage du potassium dans le sang) est nécessaire chez certains patients (insuffisants rénaux, patients infectés par le VIH, patients recevant de fortes doses de ce médicament, sujets âgés).

En cas de diabète ou de régime pauvre en sucre, tenir compte d'un apport de 1,3 g de sucre par cuillère-mesure de suspension buvable (5 ml).

La suspension buvable contient 6,611 mg/5ml de sodium par cuillère-mesure :

A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

Il est conseillé de boire beaucoup d'eau (au moins 2 litres par jour) pendant le traitement.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée en cas de traitement par le méthotrexate

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec la phénytoïne (médicament anti-convulsivant), les médicaments qui augmentent le potassium dans le sang, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

CO-TRIM® FORT

20 comprimés

PPV 18DH00

EXP 05/2025
LOT 13011 9

Spasfon® 80 mg Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol



Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

• Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

• Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

• Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que **SPASFON®**, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?

3. Comment prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver **SPASFON®**, comprimé enrobé ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que **SPASFON®**, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTISPASMODIQUE MUSCULOLOTROPE - code ATC : A03AX12 (A : appareil digestif et métabolisme) (G : système génito-urinaire)

SPASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Il agit contre les spasmes (contractions).

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais **SPASFON®**, comprimé enrobé :
• si vous êtes allergique au phloroglucinol, au triméthylphloroglucinol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

• si vous êtes allergique au blé, en raison de la présence d'amidon de blé.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser **SPASFON®**, comprimé enrobé.

Enfants et adolescents

Sans objet.

Autres médicaments et SPASFON®, comprimé enrobé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

SPASFON®, comprimé enrobé avec des aliments et boissons

Sans objet.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez,

si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse

L'utilisation de ce médicament, ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

SPASFON® n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire de véhicules et à utiliser des machines.

SPASFON®, comprimé enrobé contient du lactose, du saccharose et de l'amidon de blé :

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ce médicament contient une très faible teneur en gluten (provenant de l'amidon de blé). Il est considéré comme « sans gluten » et est donc peu susceptible d'entraîner des problèmes en cas de maladie coeliaque. Un comprimé ne contient pas plus de 2,4 microgrammes de gluten. Si vous avez une allergie au blé (différente de la maladie coeliaque), vous ne devez pas prendre ce médicament.

3. Comment prendre SPASFON®, comprimé enrobé ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

SPASFON® est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

Posologie

Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

Si vous avez pris plus de **SPASFON®, comprimé enrobé** que vous n'auriez dû Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre **SPASFON®, comprimé enrobé**

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Si vous arrêtez de prendre **SPASFON®, comprimé enrobé**

Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Dans certains cas une allergie peut survenir. Vous reconnaîtrez les signes d'une allergie :

• par des boutons et/ou des rougeurs sur la peau, démangeaisons,

• par un brusque confinement du visage et du

5. Comment conserver SPASFON®, comprimé enrobé ?

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Aussi, pour signaler un effet indésirable ou pour toute question relative à la sécurité du médicament, veuillez envoyer un e-mail à l'adresse suivante :

pv.pharmacovigilance@zenithpharma.ma
En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. Comment conserver SPASFON®, comprimé enrobé ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte.

Aucune condition particulière de conservation. Ne jetez aucun médicament au « tout-à-l'égout » ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

6. Contenu de l'emballage et autres informations

Ce que contient **SPASFON®, comprimé enrobé**

• Les substances actives sont :
Phloroglucinol dihydrate 80.000 mg
Quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62.233 mg
Triméthylphloroglucinol 80.000 mg
Pour un comprimé enrobé.

• Les autres composants sont :
Lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium.
Enrobage : acétate de polyvinyle, talc, saccharose, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

Qu'est-ce que **SPASFON®, comprimé enrobé** et contenue l'emballage extérieur ?


Ce médicament se présente sous forme de comprimé enrobé en boîte de 30.

Date de la notice : Novembre 2021
Fabriqué et distribué par ZENITHPHARMA
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir Maroc

Sous licence Acino France SAS
Dr M.E.L BOUHADI
Pharmacien Responsable

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 09/11/20

872.00 
1/Emend 125g 80g 1cp 18 x 35 jours

HABRACITE AVENUE NACIRI
53, Avenue Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oujda) - Casablanca
Tél : 05 27 69 20 42

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Resident Dr. BBIHA MALAK
Oncologie



EMEND® 125 mg+ 80 mg

Boîte de 1 gélule de 125 mg

et deux gélules de 80 mg

P.P.V: 872,00 DH

AMM 79/19DMP/21/NRS

Distribué par MSD Maroc





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 09/11/2022

Dr. Naouen Sema

1/NFS

Laboratoire National de Recherche

plg

Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@hck.ma

2. ASAT - ALAT

G65

- bilif

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Résident Dr. BIHA MALAK
Oncologie



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 153689 / 2022 du 22/11/2022

Nom patient	MOUMEN ASMA	Entrée	22/11/2022
	PAYANTS	Sortie	22/11/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0300	360,00	360,00
			<i>Sous-Total</i>	360,00
Total Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	360,00
TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS		



Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 22/11/2022

Prélevé le : 22/11/2022 à 08:01

Edité le : 22/11/2022 à 11:48

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 22114493K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique / Mythic)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.77	$10^{12}/l$	3.8 - 5.9	3.67 $10^{12}/l$ (08/11/2022)
Hémoglobine	:	10.6	g/dl	11.5 - 17.5	10.5 g/dl (08/11/2022)
Hématocrite	:	32.3	%	34 - 53	31.7 % (08/11/2022)
VGM	:	85.7	fl	76 - 96	86.4 fl (08/11/2022)
CCMH	:	32.8	g/dl	31 - 36	33.1 g/dl (08/11/2022)
TCMH	:	28.1	pg	24.4 - 34.0	28.6 pg (08/11/2022)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.1	$10^3/mm^3$	3.8 - 11.0	4.8 $10^3/mm^3$ (08/11/2022)
P. Neutrophiles	:	45.8	%	2.34 $10^3/mm^3$ 1.4 - 7.7	40.7 % (08/11/2022)
P. Eosinophiles	:	1.4	%	0.07 $10^3/mm^3$ 0.02 - 0.58	1.9 % (08/11/2022)
P. Basophiles	:	0.1	%	0.01 $10^3/mm^3$ < 0.11	0.2 % (08/11/2022)
Lymphocytes	:	39.5	%	2.01 $10^3/mm^3$ 1.0 - 4.8	43.5 % (08/11/2022)
Monocytes	:	13.2	%	0.67 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.00	13.7 % (08/11/2022)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	131	$10^3/mm^3$	150 - 445	175 $10^3/mm^3$ (08/11/2022)
------------	---	-----	-------------	-----------	---------------------------------

Le 22/11/2022 à 11:48

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS

Laboratoire National de référence
Dr. ANASS YAHYAOUÏ
Médecin Biologiste

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Boulevard Mohamed Taieb NACIRI, Hay Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc



Identifiant du patient : H0122012581

Date de naissance : 24/10/1958

Sexe : F

Date de l'examen : 22/11/2022

Prélevé le : 22/11/2022 à 08:01

Edité le : 22/11/2022 à 11:48

Mme MOUMEN ASMA

Dossier N° : 22114493K

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



Absence d'agrégats plaquettaires.

BIOCHIMIE SANGUINE

BILAN HÉPATIQUE

TRANSAMINASES ASAT(SGOT)	:	36	UI/L	5 - 34
TRANSAMINASES ALAT(SGPT)	:	28	UI/L	< 55
GAMMA GT (Dosage Enzymatique IFCC/Architect Ci4100)	:	52	UI/L	< 55
BILIRUBINE TOTALE	:	2	mg/L	2 - 12
BILIRUBINE LIBRE (INDIRECTE)	:	1.00	mg/L	2 - 7
BILIRUBINE CONJUGUÉE (DIRECTE)	:	1.0	mg/L	< 5

Le 22/11/2022 à 11:48

Signature

Pr. YAHYAOUÏ ANASS

Laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUÏ
Médecin Biologiste

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Boulevard Mohamed Taieb NACIRI, Hay Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 14/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 1624	E-mail : abak1fr@hotmail.com Phones : 0639255272
Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAN ABDELATI	
Nom et Prénom du bénéficiaire : NOUMEN ASMA épouse AKRAN	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. NOUMEN ASMA	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Chimiothérapie	
Une hospitalisation de (approximatif) ...	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS): Adénocarcinome colique localisé opéré, nécessitant actuellement une chimiothérapie adjuvante	
Cachet, date et signature du praticien	Pr. A. S. ISMAILI Nabli Oncologie Médicale Cheikh Khalifa - Casablanca 991178206
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Casablanca le : 14/10/22

Compte Rendu

SMALLI Nabil
logie Médicale
Cheikh Khalifa - Casablanca
06 77 92 00

Je soussigné (e)

Certifie Mr/Mme *Moumen A. Sma*

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un ADK adigué
*localisé opéré, nécessitant une chimiothérapie
adjuvante.*

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour valoir ce que de droit.

SMALLI Nabil
logie Médicale
Cheikh Khalifa - Casablanca
Signature
06 77 92 00

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant Mme : Penman Asma ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

ADR colique localisé opéré nécessitant
une chimiothérapie adjuvante.

TRAITEMENT PROPOSE :

Chimiothérapie

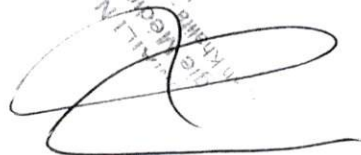
DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

1 ane (J1, J15)

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 14/10/2022

Cachet et Signature du Médecin



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 09/11/2022

N° : 220928104552YO

Nom patient : **MOUMEN ASMA**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **CHIMIOThERAPIE AMBULATOIRE**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEANCE DE CHIMIOThERAPIE EN HÔPITAL DE J CONSOMMABLE		2		1 000,00	2 000,00
		2		300,00	600,00
				Sous-Total	2 600,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
ELOXATINE 100mg Injecta (01) NAPROCIL 1G / 20ML INJECTA (01) ONDANSETRON GT 8mg/4ml Injecta (05) SOLUMEDROL 120mg Injecta (01) FOLINATE DE CALC 100mg Injecta (01)		2		1 859,00	3 718,00
		2		50,70	101,40
		2		80,00	160,00
		2		38,05	76,10
		12		67,20	806,40
				Sous-Total	4 861,90

Arrêté le présent devis à la somme de :

SEPT MILLE QUATRE CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

Total devis

7 461,90

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 53 45
E-mail: contact@hckm.hckm.ma
N° 00061862

Nom de naissance: MOUMEN Nom: MOUMEN ASMA
(F - 24/10/1958 - 63 ans - 59 kg - 150 cm - 1,54 m²) - NIP : H0122012581

Médecin prescripteur : Prof. Agrégé ISMAILI NABIL (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
FOLFOX / Cure(n°3/12 cure(s)) : J1
Reprise à J : 15

H0 + 02:45 **FLUOROURACIL**

Solvant : G5 250 ml

Statut : SUPR Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 620 mg Dose théor : 400 mg/m² mg

09/11/2022 10:00 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé

09/11/2022 10:05 HYDROXIZINE ORALE

Statut :
Programmé Voie : orale

Dose : 25 mg

09/11/2022 10:05 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut :
Programmé Voie : orale

Dose : 20 mg

09/11/2022 10:10 METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé Voie : IV

Dose : 100 mg

09/11/2022 10:10 ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé Voie : IV

Dose : 8 mg

09/11/2022 10:30 **OXALIPLATINE**

Solvant : G5 250 ml

Statut :
Programmé Voie : IV

Dose : 100 mg Dose théor : 85 mg/m² mg

09/11/2022 10:30 **FOLINATE DE CAL + 250 mL NACL 250 ml**

Solvant : NACL 250 ml

Statut :
Programmé Voie : IV

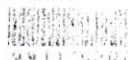
Dose : 600 mg Dose théor : 400 mg/m² mg

09/11/2022 13:00 **FLUOROURACIL**

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

ISMAILI Nabil
Oncologie Médicale
Opht - Amal Khalifa - Caser



Nom de naissance: MOUMEN Nom: MOUMEN ASMA
(F - 24/10/1958 - 63 ans - 59 kg - 150 cm - 1,54 m²) - NIP : H0122012581

Médecin prescripteur : Prof. Agrégé ISMAILI NABIL (Oncologie Médicale)
Oncologie - Hospitalisation de jour
FOLFOX / Cure(n°4/12 cure(s)) : J1
Reprise à J : 15

H0 + 02:45 **FLUOROURACIL**

Solvant : G5 250 ml

Statut : SUPR Durée : 00h15 Voie : IV

Dose : 620 mg

Dose théor :
400 mg/m² mg

23/11/2022 10:00 CHIMIOTHÉRAPIE HÔPITAL DE JOUR - ONCO

Statut :
Programmé

23/11/2022 10:05 **HYDROXIZINE ORALE**

Statut :
Programmé

Voie : orale

Dose : 25 mg

23/11/2022 10:05 **OMEPRAZOLE**

Observation :
Statut :
Programmé

Voie : orale

Dose : 20 mg

23/11/2022 10:10 **METHYLPREDNISOL + 100 mL G5 100 ml**

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 100 mg

23/11/2022 10:10 **ONDANSETRON + 100 mL G5 100 ml**

Solvant : G5 100 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 8 mg

23/11/2022 10:30 **OXALIPLATINE**

Solvant : G5 250 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 100 mg

Dose théor :
85 mg/m² mg

23/11/2022 10:30 **FOLINATE DE CAL + 250 mL NACL 250 ml**

Solvant : NACL 250 ml

Statut :
Programmé

Voie : IV

Dose : 600 mg

Dose théor :
400 mg/m² mg

23/11/2022 13:00 **FLUOROURACIL**

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

Le 17 octobre 2022

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001624_1949-07-01_ABDELMAJID
N/REF : 20222900017937
Adhérent : AKRAM ABDELMAJID

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ASMA MOUMEN.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 6826.40 MAD
- Restant à charge adhérent : 35.50 MAD

Validité de prise en charge : du 17-10-2022 au 17-01-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ASMA MOUMEN.

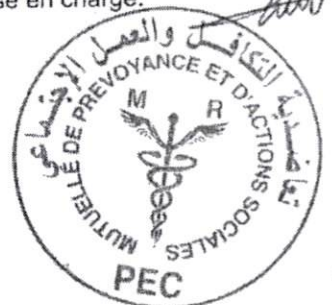
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



CASABLANCA

Nº: 2211081638557640 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200590189	MOUMEN ASMA	08/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	7974449-BP AKRAM ABDELMAJID	635,50
MUPRÀS	Total payé	635,50
SIX CENT TRENTE-CINQ DI		

Reçu établi par : YOU.ELG

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
9101MD 00005100

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2211231615549640 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200590189	MOUMEN ASMA	23/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	7974450-BP AKRAM ABDELMAJID	887,90
MUPRÀS	Total payé	887,90
HUIT CENT QUATRE-VINGT-		

Reçu établi par : IBT.ELH

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 01 29 03 53 95
Fax: 01 29 03 53 95
E-mail: contact@ickm.hopital.ma
N° de téléphone: 01 29 03 53 95

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **154849** / 2022 du 23/11/2022

Nom patient : **MOUMEN ASMA**

Entrée **09/11/2022**

Prise en charge **MUPRAS**

Sortie **23/11/2022**

		Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PHARMACIE				
PHARMACIE (en sus)	1,00		1 523,40	1 523,40
			Sous-Total	1 523,40

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

MILLE CINQ CENT VINGT-TROIS DIRHAMS QUARANTE CENTIMES

Total 1 523,40

Total facturé au patient

8 184,90

Montant pris en charge par l'organisme

6 661,50

Montant ticket modérateur à charge du patient

1 523,40

Encaissements patient

Espèces **0,00**

Chèque **1 523,40**

Carte bancaire

Solde **0,00**

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MOUMEN ASMA	N° Facture 154 849	2200590189
Produit	Quantité	Prix Unitair
CHLORURE DE SO 0,9%Po500 Injecta (01)	6	14,10
FOLINATE DE CALC 100mg Injecta (01)	6	67,20
GLUCOSE 5% Po 250 Injecta (01)	4	13,10
Sous-Total médicaments		540,20
AIGUILLE HUBER COURBE G20	2	43,68
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	3	0,25
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	3	0,31
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	10	3,53
DIFFUSEUR PORTABLE 275ML/48H -300ML	2	374,40
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	8,16
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	9,80
GANT D'EXAMEN EN LATEX NON POUDRE	6	1,25
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE	6	1,25
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	4	5,86
SERINGUE 10ML	7	1,56
SERINGUE 1ML	2	1,62
SERINGUE 20ML	4	2,11
SERINGUE FILTAGE 50/60ML	2	6,55
Sous-Total consommable médical		983,20
	Total pharmacie	1 523,40

E-mail : ibn_zaid@icdm-hikmah.com
 Tel : 05 29 00 44 77
 Fax : 05 29 03 53 45
 N° IN : 050053862
 N° IN : 050053862