

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 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

M22-0009642 23/11

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : en par
 Nom & Prénom : AKRAN AB DELA AJID
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : LOT LA 1 NOUVE NR 469
CASA BRANCA
 Tél. : 06 39 25 52 72 Total des frais engagés : 2820,90 DH .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 09/11/2022
 Nom et prénom du malade : NOUAFEN ASITA 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 : CASABLANCA

Le : 23/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : 251

RELEVE 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
09/11/2012	100		6	Hôpital Universitaire International de Tchad Médecin Resident Dr RBHA MALAK Onechage 1990061862

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AVENUE MONSIEUR HASSAN (Oula) TAIEB NACIRI 253 Av Mohamed Taieb Nacir Casablanca 290249	09-11-22	8721.00
PHARMACIE AVENUE MONSIEUR HASSAN (Oula) TAIEB NACIRI 253 Av Mohamed Taieb Nacir Casablanca 290249	14-11-22	6551.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/22	6300	3600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

HARMACE AVENUE NACIRI
53, Avenue Mohamed Taieb Naciri
Hay Hassani (Oulata) - Casablanca
Tél : 05 22 69 20 42

CO-TRIM®

Sulfaméthoxazole - Triméthoprime

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRÉSENTATIONS :

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 cuillerées mesure de 5 ml.

COMPOSITION :

Comprimés :

CO-TRIM®

Sulfaméthoxazole

400 mg

80 mg

Triméthoprime

1 comprimé

Excipient q.s.p.

CO-TRIM® Fort

800 mg

Sulfaméthoxazole

1 comprimé

Triméthoprime

200 mg

Excipient q.s.p.

Suspension buvable

40 mg

Sulfaméthoxazole

5 ml

Triméthoprime

Excipient q.s.p.

CO-TRIM®

200 mg

Suspension buvable

40 mg

Sulfaméthoxazole

5 ml

Triméthoprime

Excipient q.s.p.

CO-TRIM®

Spasfon® 80 mg Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

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

Tous 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 pourrez 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 MUSCULOTROPE - 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 spastiques 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 sures, 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, avec 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 allait.

Conduite de véhicules et utilisation d'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 de lactose, du saccharose et de l'amidon de blé :

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sures, 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 cœliaque. Un comprimé ne contient pas plus de 2,4 microgrammes de gluten. Si vous avez une allergie au blé (différente de la maladie cœliaque), 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 sans 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 accès de toux.

27/50

Déclaration des effets secondaires

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 sera 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'égoût » 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 hydrate 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 (E121), cire de carnauba.

Qu'est-ce que SPASFON®, comprimé enrobé et contiennent 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. BOUHMADI

Pharmacien Responsable

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 09/11/16

872.00

سم = نورمن برس



1/Emend

125 - 8
80 - 8

1CP 13 x 35000

HARMAKIE AVENUE NACIRI
133 Avenue Mohamed Taieb Naciri
Tizi Hessein Oumia - Casablanca
Tél. : +212 529 004 466 - Fax : +212 529 038 868

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Resident Dr RABIHA MALAK
Oncologie

00001861862

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



6 118001 160754



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 09/11/2022

1/ANNE Naumen Asma

1/NFS plq
2. ASAT - ALA - GGT - bili

La boîte de remboursement de redevance
Tél: 05.29.05.02.33
E-mail: labo@hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Resident Dr RIBIHA MALAK
Oncologie

990061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

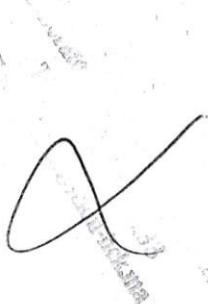
N° : 153689 / 2022 du 22/11/2022

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
Sous-Total				360,00
Total Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total	360,00



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

Édité 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/mm³}		3.8 - 11.0	4.8 10 ^{3/mm³} (08/11/2022)	
P. Neutrophiles	:	45.8	%	2.34 10 ^{3/mm³}	1.4 - 7.7	40.7 % (08/11/2022)	
P. Eosinophiles	:	1.4	%	0.07 10 ^{3/mm³}	0.02 - 0.58	1.9 % (08/11/2022)	
P. Basophiles	:	0.1	%	0.01 10 ^{3/mm³}	< 0.11	0.2 % (08/11/2022)	
Lymphocytes	:	39.5	%	2.01 10 ^{3/mm³}	1.0 - 4.8	43.5 % (08/11/2022)	
Monocytes	:	13.2	%	0.67 10 ^{3/mm³}	0.15 - 1.00	13.7 % (08/11/2022)	

PLAQUETTES

Plaquettes	:	131	10 ^{3/mm³}		150 - 445	175 10 ^{3/mm³} (08/11/2022)

Le 22/11/2022 à 11:48

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Le laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUI
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

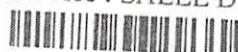
Prélevé le : 22/11/2022 à 08:01

Édité 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

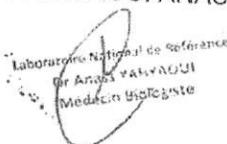
BILIRUBINE LIBRE (INDIRECTE)	:	1.00	mg/L	2 - 12
------------------------------	---	------	------	--------

BILIRUBINE CONJUGUÉE (DIRECTE)	:	1.0	mg/L	2 - 7
--------------------------------	---	-----	------	-------

				< 5
--	--	--	--	-----

Le 22/11/2022 à 11:48
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS





DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 14/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1624 E-mail : abakr1992@hotmail.com Phones : 0639255272

Nom et Prénom de l'adhérent : AKRAN ABDELAJEDDID

Nom et Prénom du bénéficiaire : NOUZEN ASWA épouse AKRAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MOUNA 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) :

A adenocarcinome colique localisé opéré, nécessitant activement une chimiothérapie adjuvante

Cachet, date et signature du praticien

Pr. A.-S. ISMAILI Nabil
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
091176206

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.



Casablanca le : 11/10/2022

Compte Rendu

Je soussigné (e)

SMALI Nabil
Médicale
Cheikh Khalifa Casablanca
091.91.92.92

Certifie Mr/Mme Moumen Aissa

est suivi à L'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de

CASABLANCA dans le cadre de la prise en charge d'un ADK彩
le patient 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.

SMALI Nabil
Médicale
Cheikh Khalifa Casablanca
091.91.92.92
Signature

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant Mr/Mme : Benh... 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 clinique 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

DE VISE ESTIMATE

YORKE

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

7 461,90

Dr. Khalilah Zaid
Mobile: 0529004777
Fax: 0529035245
E-mail: khalilah.zaid@icloud.com

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

Oncologie Médicale

Spécialisé Khalifa - Casab

09/11/2022 10:05 OMEPRAZOLE

Dose : 20 mg

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
Spécialisé Khalifa - Casab
09/11/2022 13:00

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 : Voie : orale Dose : 25 mg
Programmé

23/11/2022 10:05 OMEPRAZOLE

Observation :

Statut : Voie : orale Dose : 20 mg
Programmé

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

Solvant : G5 100 ml

Statut : Voie : IV Dose : 100 mg
Programmé

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

Solvant : G5 100 ml

Statut : Voie : IV Dose : 8 mg
Programmé

23/11/2022 10:30 OXALIPLATINE

Solvant : G5 250 ml

Statut : Voie : IV Dose : 100 mg Dose théor : 85 mg/m² mg
Programmé

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

Solvant : NACL 250 ml

Statut : Voie : IV Dose : 600 mg Dose théor : 400 mg/m² mg
Programmé

23/11/2022 13:00 FLUOROURACIL

Solvant : G5 250 ml

Observation : 3000 mg

133339



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.



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 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
MUPRAS	Total payé	635,50
SIX CENT TRENTE-CINQ DH		

Reçu établi par : YOU.ELG

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fchm.hck.mr

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
MUPRAS	Total payé	887,90
HUIT CENT QUATRE-VINGT-		

Reçu établi par : IBT.ELH

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 03 53 46
Email: contact@tkcmh.tn

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

Encaissements patient

Montant pris en charge par l'organisme

6 661,50

Espèces **0,00**

Montant ticket modérateur à charge du patient

1 523,40

Chèque **1 523,40**

Carte bancaire **0,00**

Solde **0,00**

*Hôpital Cheikh Khalifa
Naciri
Fax: 05 29 03 53 45
N°CNSS: 09 03 53 45
N°INP: 09 00 43 56 00
Domicile: 09 00 43 56 00
Email: hckh@ickm22.com.tn*

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : MOUMEN ASMA	N° Facture	154 849	2200590189
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CHLORURE DE SO 0,9% Po500 Injecta (01)	6	14,10	84,60
FOLINATE DE CALC 100mg Injecta (01)	6	67,20	403,20
GLUCOSE 5% Po 250 Injecta (01)	4	13,10	52,40
Sous-Total médicaments			540,20
AIGUILLE HUBER COURBE G20	2	43,68	87,36
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	3	0,25	0,75
AIGUILLE P. INJECTIONS G18	3	0,31	0,93
COMPRESSE STERILE 10X10 PAQUET DE 5	10	3,53	35,30
DIFFUSEUR PORTABLE 275ML/48H -300ML	2	374,40	748,80
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	8,16	16,32
GANT DE CHIR. GAMMEX EN LATEX NON POUDRE	2	9,80	19,60
GANT D'EXAMEN EN LATEX NON POUDRE	6	1,25	7,50
GANT D'EXAMEN EN LATEX POUDRE	6	1,25	7,50
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	4	5,86	23,44
SERINGUE 10ML	7	1,56	10,92
SERINGUE 1ML	2	1,62	3,24
SERINGUE 20ML	4	2,11	8,44
SERINGUE FILTAGE 50/60ML	2	6,55	13,10
Sous-Total consommable médical			983,20
		Total pharmacie	1 523,40

e-mail : lya_djedda@yahoo.fr
 fax : 05 20 00 44 77
 tel : 05 20 03 53 45
 Mme Lydie Djedda