

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

RHABEY - EL YOUSSEF
03/11/1997

Date de naissance :

Adresse :

302 B D. GHARBI 102 09. RIVERA
CASABLANCA / MAROC

Tél. : 0661133351

Total des frais engagés : 270,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 091183269

Date de consultation :

10/01/2017 Jour jeudi Age : 22

Nom et prénom du malade :

JAHIR

Lien de parenté :

Qui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Respiratory disease

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

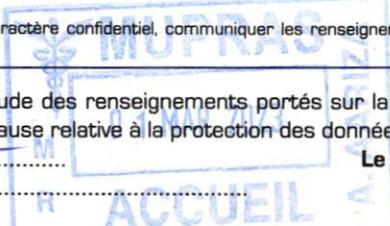
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

RAM Le : 15/01/2017

Signature de l'adhérent(e) :



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
11 NOV 2023	en	100	100	Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : 091183269

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pounisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MASJID EL HASSABAH Docteur en Pharmacie Jad Hay Hassabah Téléphone : 022 27 90 00	Août 2023	85,10

ANALYSES & RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	le 10/02/2013	CAF	110 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le ١٥/٠٢/٤٤٣

RABAT Jomaa

57,10

PHARMACIE EL MASJID EL HADIS
ESSABHI EL HABIB
Riad ١ درعه على المدرسة
CASA OULFA
Tél : 05 22 90 05 67

28,00

85,10

Rx : Si

(57) > 7

Natal Si حملة

15 < 37 > 7

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 091183269

No-Dol® Codéine

Paracétamol / Codéine Phosphate Hémihydraté

Comprimé

SANOFI

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
- Comment prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTALGIIQUES PERIPHERIQUES, ANALGÉSIQUES OPPIOIDES.

Code ATC : N02BE51

N : système nerveux central

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'adolescent à partir de 15 ans. Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine : c'est un antalgique (calme la douleur).

La codéine appartient à un groupe de médicaments appelés les antalgiques opioïdes qui agissent pour soulager la douleur. Elle peut être utilisée seule ou en association avec d'autres antalgiques comme le paracétamol.

Ce médicament peut être utilisé chez l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans sur une courte durée pour des douleurs modérées non soulagées par d'autres antalgiques comme le paracétamol ou l'ibuprofène utilisés seuls. Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé :

- Chez les enfants de moins de 15 ans,

• Si vous êtes allergiques au paracétamol et/ou à la codéine, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6.

- Si vous souffrez d'une maladie grave du foie,
- Si vous avez des difficultés pour respirer (insuffisance respiratoire).

• Si vous avez de l'asthme (dont l'asthme sévère),

• Si vous allez (vo) à l'ablation des amygdales (tonsils),

• Pour soulager la dyspnée obstructive (difficulté à respirer),

• Si vous savez que vous êtes sensible à la morphine.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre pharmacien avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé.

Mises en garde spéciales

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine.

D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (voir Posologie et Mode d'administration).

- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical :
- L'usage prolongé de ce médicament peut entraîner une dépendance.
- Si les troubles persistent au bout de 3 jours et/ou en cas de survenue de tout autre signe après la prise du médicament.
- Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel.

La codéine est transformée en morphine dans le foie par une enzyme. La morphine est la substance qui soulage la douleur. Certaines personnes ont un taux d'enzyme variable et cela peut les affecter de manière différente. Pour certaines personnes, la morphine n'est pas produite ou produite en petite quantité, et ne soulagera pas assez la douleur. Pour d'autres, une quantité importante de morphine est produite pouvant être à l'origine d'effets indésirables graves. Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, vous devez arrêter ce médicament et demander immédiatement l'avis de votre médecin : respiration lente ou superficielle, confusion, somnolence, rétrécissement de la pupille, constipation, manque d'appétit ou si vous ne vous sentez pas bien.

Demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre NO-DOL Codéine ADULTES si vous êtes traité par un médicament de la famille des benzodiazépines.

Précautions d'emploi

La prise de paracétamol peut entraîner des troubles de fonctionnement du foie.

Vous devez demander l'avis de votre médecin avant de prendre ce médicament :

- si vous pesez moins de 50 kg,
- si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
- si vous êtes atteints d'une maladie respiratoire (dont l'asthme),
- si vous avez un encoblement bronchique (toux avec crachats),
- si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
- si vous souffrez de déshydratation,
- si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en

101.
PER.
09-
2008

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00



6 118000 061861

BREXIN®

Piroxicam Bêta-cyclodextrine

Composition :

Piroxicam
(équivalent à 191,20 mg de piroxicam
β-cyclodextrine)
Excipients q.s.p.
Excipients à effet notoire

Comprimés sécables	Su
20 mg	
1 comprimé Lactose	1 s

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

Indications :

- Traitement des états douloureux aigus.
- Traitement des rhumatismes inflammatoires aigus et chroniques.

Contre-indications :

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxelles que autres AINS ou l'Aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère ou insuffisance rénale.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Phénylcétoneur du fait de la présence de l'Aspartam dans les sachets.
- Association avec les anticoagulants oraux, autres AINS, héparine, lithium, méthotrexate.
- En cas de grossesse et d'allaitement.

Effets indésirables :

Effets gastro-intestinaux : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Précautions d'emploi :

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les patients ayant des antécédents digestifs.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

Mode d'emploi et posologie :

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

Formes et autres présentations :

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

Liste I (Tableau A)

L
U
T
F
E
R
J
A
N
P
P
V
5
7
D
H
1
0



PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le ١٥٢٤٢٠١٣

RIBAT YOUSSEF

anesthesia chart

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 051183269

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code



NOM DU MALADE

RHARREF Yasser

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

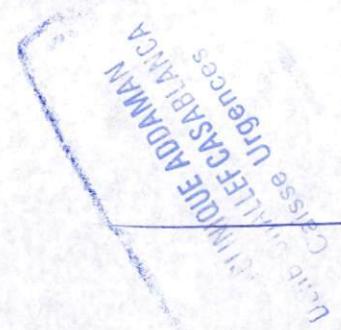
Examen demande

Re cheutte G

M

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INDE : 001183269

Cachet du médecin



DR
Y.A.
2/2



N° IPP : 1360027 N° SEJOUR : 230013631

FACTURE N° 2305004177

DATE D'ENTREE : 10/02/2023 DATE DE SORTIE : 10/02/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

RHAREF, Younes

MALADE : RHAREF, Younes

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CN	1.00	120.00	120.00						
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F									0.00	120.00

Intervenant : 1012513 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	120.00								120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
CENT VINGT DHS	REMISE:	0.00	REGLE:	120.00					AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 10/02/2023	EDITEE LE : 10/02/2023	PAR : BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
			BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
			N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						



N° IPP : 1360027	N° SEJOUR : 230013628	FACTURE N° 2303004640				DATE D'ENTREE : 10/02/2023		DATE DE SORTIE : 10/02/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		RHAREF, Younes		
MALADE : RHAREF, Younes		UF: 5003 RADIOLOGIE								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 : REF. PC 2 :										
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00				0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .		TOTaux :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
		REMISE : 0.00 REGLE : 150.00							AVOIR:	
		RESTE DU: 0.00								
DATE FACTURE : 10/02/2023		EDITEE LE : 10/02/2023 PAR: BAKHRI		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef						
				BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE ABDELMAN
Derb Ghallef
Casablanca
Urgences