

# 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

- Réclamation : 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



**MUPRAS**

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 063877

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RHAF - EL MOSTAFA  
 Date de naissance : 03/11/1957  
 Adresse : 30, B.D. CHADDE 102 09, RIVIERA CASABLANCA / MAROC  
 Tél. : 0661183571 Total des frais engagés : 270,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 091183269

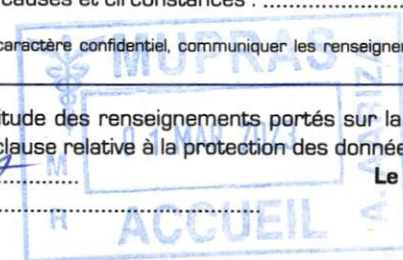
Date de consultation : 10/02/2023  
 Nom et prénom du malade : Youssef Youssef Age: 22  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hémion diabète  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 15/02/2023  
 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
14/10/2023	CH		85,10	Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : 091183269

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL MASJID EL HADJ CASA - OULFA Tél : 05 22 90 05 62	10/02/23	85,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/10/23	21	110,15

# AUXILIAIRES MEDICAUX

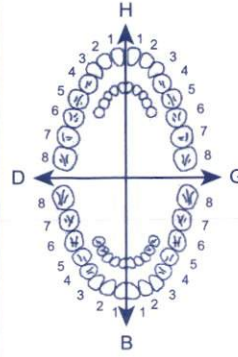
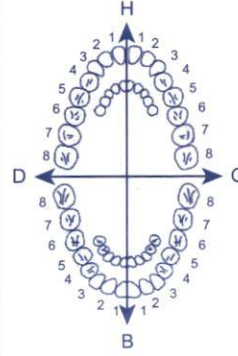
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

وصفة  
**ORDONNANCE**



Le 10/02/2013

RAABF Janness

57,10

Proxi



PHARMACIE EL MASJID EL HADID  
ESSABHI EL HABIB  
Riad / Fassioui CHA. 2  
CASA - OULFA  
Tél : 05 22 90 05 67

28,00

Noula



1503707

85,10

**Dr. YAQOUBI Youssef**  
Médecin Urgentiste  
INPE : 091183269



# No-Dol<sup>®</sup> Codéine

Paracétamol / Codéine Phosphate Hémihydraté

Comprimé

SANOFI

**Veillez 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 ?

1. Qu'est-ce que NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quels sont les informations à connaître avant de prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
3. Comment prendre NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver NO-DOL Codéine 500 mg/30 mg, comprimé ?
6. 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 : ANALGESIQUES PERIPHERIQUES, ANALGESIQUES OPIOIDES.

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
- Si vous allaitez (vo
- Pour soulager la diminution de l'activité de l'amygdale d'après obstructive
- Si vous savez que vous êtes en morphine.

## Avertissements et pi

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 différente manière. 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 encombrement 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

LOT : Z2C008  
PER : 09 2027

NO-DOL CODEINE  
CP B20

P.P.V : 28DH00



6

# BREXIN®

Piroxicam Béta-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 piroxicam telles 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.
- Phénylcétonurie 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 abdominaux, 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)

LOT 21003  
F E R JAN 24  
F P V 57 D H 10

**Brexin® 20 mg**  
Piroxicam β-cyclodextrine

10 sachets  
**PROMOPHARM S.A.**



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

وصفة  
ORDONNANCE



Le 15/02/13

RHARAF Youssef

à l'usage de l'ordonnance

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 0522863269



# BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical  
demandeur code



NOM DU MALADE

ALHARF Jaws

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demande

Rx cheville G

OK

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Urgentiste  
INPE : 001183269

Cachet du médecin

Unité d'Urgences  
POLYCLINIQUE ADDAMANI  
DAR EL-BAHJEL-CASABLANCA

OK  
12/11/2020

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1360027	N° SEJOUR : 230013631	<b>FACTURE N° 2305004177</b>		DATE D'ENTREE : 10/02/2023		DATE DE SORTIE : 10/02/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE : RHAREF, Younes							
MALADE : RHAREF, Younes		UF: 5002 URGENCES									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		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.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 1012513 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	120.00						120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		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				

POLYCLINIQUE CNSS - DERB-GHALLEF  
Caisse d'Allocations Familiales  
Agence





N° IPP : 1360027	N° SEJOUR : 230013628	<b>FACTURE N° 2303004640</b>		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 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		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
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
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		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Réglement 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 ABRAHAM  
CASA BLANCA  
Urgences