

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.

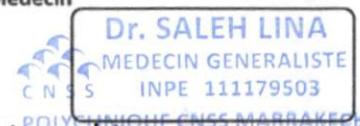
N° W21-830609

191357

Floumi

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3432	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AALA. ABDEL HAD			
Date de naissance : 15-11-1953			
Adresse : A. 591. JASSIDA III			
Tél. : 0661535857 Total des frais engagés : 468,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	26/01/2023
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous n°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 : Mopta Hectu Le : 26/01/2023

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
26/11/2023	L12+ CC 9+ B 30	1100	253,00	INP DR. SALEH LINA MEDECIN GENERALISTE CNSS INE 111179503 CLINIQUE CNSS MARRAKECH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA KERIBA S.A.S Im. Datta, Km 9, Saada, Fathia 24300 Marrakech Tél: 05 29 196 072083710	11.12.23	215,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

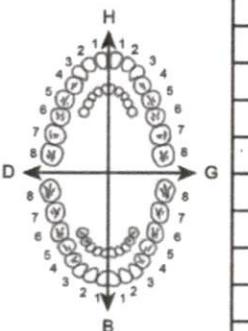
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

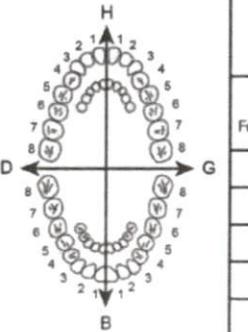
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ORDONNANCE

N. A.R.
N. A.R.
Date : 25/11/2023

PPV (DH) :

LOT N° :

39,60

UT. AV. :

83,70

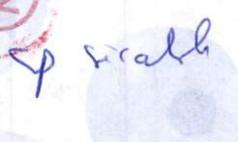
1) montec 300



1upi (2)



2) Dolip 1g. 4 mrahli



32,60

3) mrahli 300 mrahli



99,50

4) THÉRANAZI 300
1 gel. (1ml)



215,80

Dr. ITTO Abdelhafid
MEDECIN GENERALISTE
VACATAINE
INPE: 121181077
CLINIQUE CNSS MARRAKECH
Dr. SALEH LINA
MEDECIN GENERALISTE
INPE 111179503
CNSS POLYCLINIQUE CNSS MARRAKESH

LOT: CA334
EXP: 08/26
PPC: 99.50DH

THERAMAG®
375 mg

FORMES ET PRESENTATIONS :

-THERAMAG® B6 300 mg : Gélules boite de 30.

-THERAMAG® 375 mg : Gélules boite de 30.

COMPOSITIONS :

-THERAMAG® B6 300 mg : Oxyde de Magnésium marin (Magnésium 300 mg/ 1 gélule), gélule : hydroxypropylméthylcellulose, maltodextrine, antiagglomérant : stéarate de magnésium, vitamine B6 : 1,4 mg/1gélule.

-THERAMAG® 375 mg : Magnésium marin : 375 mg/1 gélule, vitamine B6 : 2 mg/1gélule stéarate de magnésium, gélule végétale .

PROPRIETES :

THERAMAG® est à base de Magnésium d'origine marine et de vitamine B6. THERAMAG® contribue au bon fonctionnement nerveux et musculaire. Il aide à réduire la fatigue physique et émotionnelle (nervosité, irritabilité, stress, surmenage, difficultés d'endormissement et de concentration), et à maintenir une bonne fonction musculaire (un déficit en magnésium peut être la source de crampes musculaires et de fourmillements).

CONSEILS D'UTILISATION :

-THERAMAG® B6 300 mg : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau.
-THERAMAG® 375 mg : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau.

PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- A utiliser en complément d'une alimentation variée.
- A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament .

-THERAMAG® B6 300 mg : Fabriqué par ADP Laboratoire Reventin-Vaugris - France Importé et distribué au Maroc par THERAPHARM - Casablanca

-THERAMAG® 375 mg : Fabriqué par Laboratoire IRCOS - Marrakech, Maroc
Autorisation sanitaire ONSSA N° : CAPV.19.257.19
Distribué par THERAPHARM - Casablanca

-THERAMAG® B6 300 mg :
Numéro d'enregistrement au Ministère de la Santé et de la protection sociale :
20231710048/RQv2/CA/DPS/DMP/18

-THERAMAG® 375 mg :
Numéro d'enregistrement au Ministère de la Santé et de la protection sociale :
2022211753/V1/CA/DPS/DMP/18

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

ROMAC® 300 mg

roxithromycine

Veuillez

• Gardez, vous pourrez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute,

médecin ou votre pharmacien.

• Ce médicament est en classe 5.

• Si l'usage de ce médicament dans ce

• Que co

1. Qu'est-ce qu'il y a de nouveau sur les comprimés pelliculés et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ROMAC® comprimés pelliculés ?
3. Comment prendre ROMAC® comprimés pelliculés ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ROMAC® comprimés pelliculés ?
6. Informations supplémentaires.

1. QUEST-CE QUE ROMAC® comprimés pelliculés ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmacothérapeutique :

ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE, code ATC : J01FA06.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

- Indications thérapeutiques :

Il est utilisé pour le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles (pouvant être détruits par cet antibiotique).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ROMAC® comprimés pelliculés ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Sans objet.

- Ne prenez jamais ROMAC® comprimés pelliculés dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la roxithromycine, aux antibiotiques de la famille des macrolides ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

- Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec :

- ROMAC® comprimés pelliculés n'est pas contre-indiquée (voir la rubrique « Autres médicaments et ROMAC® comprimés pelliculés »). Tel est le cas lors de l'association avec la colchicine, l'ergotamine et la dihydroergotamine.

- Le cisapride.

- Si vous allaitez un enfant traité par du cisapride (voir rubrique « Allaitement »).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis

N'utilisez pas ce médicament si vous allaitez un enfant sous cisapride (médicament contre certains troubles digestifs).

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

Sportifs:

Sans objet.

Effets sur la capacité de conduire et l'utilisation des machines :

La prise de ce médicament peut provoquer des sensations vertigineuses qui peuvent rendre dangereuse la conduite automobile ou l'utilisation de certaines machines.

Informations importantes concernant certains composants de ROMAC® comprimés pelliculés :

Sans objet.

3. COMMENT PRENDRE ROMAC® comprimés pelliculés ?

Instructions pour un bon usage :

Sans objet.

Posologie, mode et/ou voies (s) d'administration, fréquence d'administration et durée du traitement :

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

Posologie:

Réservez à l'adulte : 300 mg par jour, soit 1 comprimé à 150 mg matin et soir ou 1 seul comprimé de 300 mg par jour de préférence avant les repas.

Mode et voie d'administration:

Voie orale.

Durée du traitement:

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition de la fièvre ou de tout autre symptôme ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

Cas particulier : la durée du traitement de certaines angines est de 10 jours.

Si vous avez pris plus de ROMAC® comprimés pelliculés que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre ROMAC® comprimés pelliculés :

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

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

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

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

Des manifestations digestives peuvent survenir :

Fréquemment nausées, vomissements, douleurs d'estomac, diarrhées. Des pancréatites et des

arthroses canalaire ont également été rapportées (voir rubrique « Avertissements et précautions »).

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

 Dr. SALEH LINA / / / / / / / /
 MEDECIN GENERALISTE
 CNSS INPE 111179503
 POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

Date de la consultation: 26/12/2013

Diagnostic et motif des soins :

sd grippe

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Ct + bio 00019 + ECG

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

Fait à :

Le :

 Dr. SALEH LINA
 MEDECIN GENERALISTE
 CNSS INPE 111179503
 POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

*Accoller l'étiquette portant l'identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



N° IPP : 44138 N° SEJOUR : 230032833

FACTURE N° 2305010087

DATE D'ENTREE : 26/11/2023

DATE DE SORTIE : 26/11/2023

ASSURE : ALAA ABDELHAQ

MALADE : NIAR, Malika

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 :

DESTINATAIRE :

ALAA ABDELHAQ

A 591 LOT HBAROUCHI

MASSIRA 3 MARRAKECH

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
----	------	--------	--------	--	--	--	--	------	--------

ACTES DE BIOLOGIE

ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE

B	30.00	1.10	33.00					0.00	33.00
---	-------	------	-------	--	--	--	--	------	-------

ACTES DE RADIOLOGIE

ELECTROCARDIOGRAMME

ECG	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
-----	------	--------	--------	--	--	--	--	------	--------

Intervenant : V0241 DR ITTO ABDELHAMID(GENERALISTE)

Dr. SALEH LINA
CNSS MEDECIN GENERALISTE
POLYCLINIQUE INPE 111170503
CNSS MARRAKECH

TOTAUX : 253.00

ACOMPTE: 0.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE TROIS DHS

PLAFOND PC :

AVOIR: 0.00

DATE FACTURE : 26/11/2023

EDITEE LE : 26/11/2023

PAR :

CHATOU

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

BANQUE :

N° compte bancaire :

POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH

BMCE - MARRAKECH MENARA

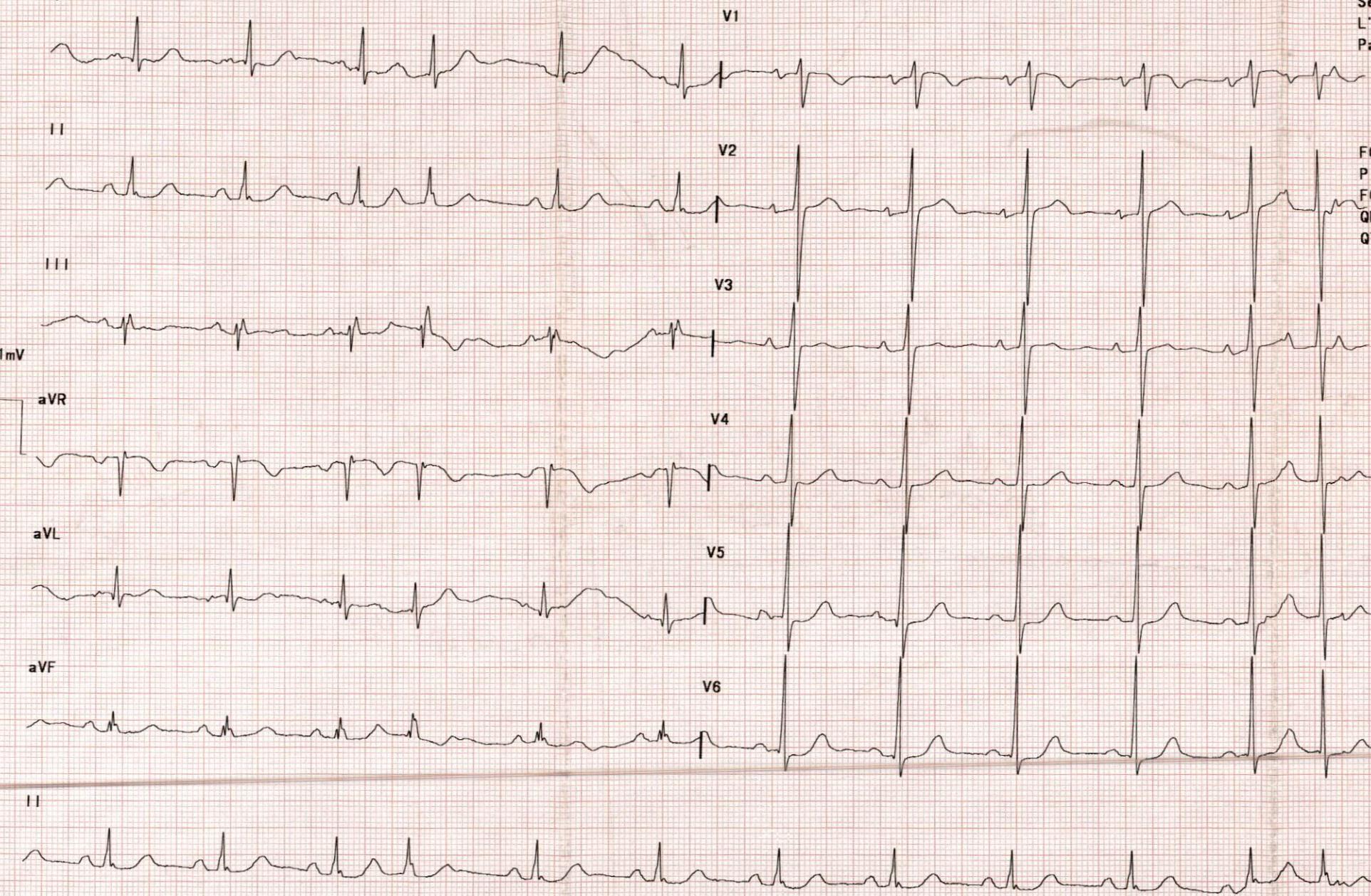
011 450 0000 12 210 00 60620 67

26/11/2023

ID : 206

N'KAR ALIKA

Nom :
Sexe :
L'âge :
Pacemaker : None



FC : 67bpm
P durée : 125ms
FC int : 176ms
QRS durée : 106ms
QT/QTc int : 414/438ms
P/QRS/T axis : 77/55/30deg
RV5/SV1 amp. : 1.77 / 0.60mV
RV5+SV1 amp. : 2.37mV
RV6/SV2 amp. : 1.82 / 1.67mV

Dr. SALEH LINA
MEDECIN GENERALISTE
CNSS INPE 111179503
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

EnregT Temps2000-01-01 00:04:30

EnregistT Confirmé par