

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

M22- 0009060

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : 136253
 Nom & Prénom : WARIID BOUAZZA
 Date de naissance : 1945
 Adresse : AIN CHIFA I Rue 1 N° 80 CASA
 Tél. : 06.05.95.47.70 Total des frais engagés : 993,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2024

Nom et prénom du malade : ABD, BOUAZZA cedrine Age : 78 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Le : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : WARIID BOUAZZA



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
19/02/2018	0		150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU VELLE MEDINA MB SARL AU Rue Abou K 522 75 5 - 0522 80 44 01	21/02/24	416.70

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Re却ologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE CHALZOUN ANALYSES MEDICALE Bd. El Fida, CASA 1000 ANCA - MAROC 0522 28 10 61 GSM : 096 05 74 73</p>	19/09/94	B 200 a PC 1.5	400 DINA

AUXILIAIRES MEDICAUX

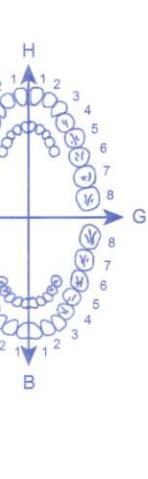
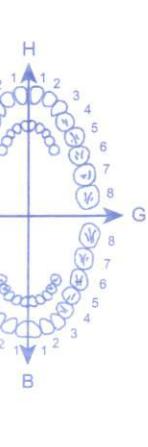
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 				MONTANTS DES SOINS												
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DE L'EXECUTION												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail
Médecine Générale

الدكتور المصطفى معاشو

اختصاصي في طب الشغل
الطب العام

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

- فحص بالصدى
- تخطيط القلب الكهربائي
- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين
- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 21.04.2014

Dr. Moustapha MAACHOU

180.40x2

- Conflit de



04/04/2014

34⁷⁰ - Fevrier 2014 sur ordonance

21.20 0 - 0 - 1/4

- Electro



Ma 23/04

416.70

PHARMACIE NOUVELLE MEDINA
MBL SARL AU
31, Rue Abou El Abbes, Derb Baladia
CASABLANCA
Tél: 0522 28 12 95 - 0522 80 44 61

Dr. MAACHOU EL MOUSTAPHA
Spécialiste en Médecine du Travail
MÉDECINE GÉNÉRALE
Tribunal des Tribunaux
Télé: 0522 82 98 60

درب البلدية، زنقة القاضي العراقي 12 مكرر - الهاتف : 05 22 82 98 60

Quartier Baladia, Rue CADI EL IRAKI, 12 Bis - Tél. : 05 22 82 98 60 - E-mail: dr.maachou-m@hotmail.fr

CONTIFLO® OD

Gélules à libération prolongée (Chlorhydrate de tamsulosine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Dénomination du médicament

CONTIFLO® OD, 0,4mg

Ce médicament contenant du chlorhydrate de tamsulosine, se présente sous forme de gélules à libération prolongée en boîtes de 10, 30 et 60.

2. Composition du médicament

- Substance active : Chlorhydrate de tamsulosine 0,4mg
- Excipients en q.s.p. une gélule à libération prolongée : cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, copolymère d'acide méthacrylique-acrylate d'éthyle, hydroxyde de sodium, triacétine, talc, dioxyde de titane,

8. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi

Mises en garde spéciales

Si vous ressentez une impression de malaise, de vertiges, fatigue ou sueurs (à cause d'une chute de tension lors d'un changement de position); dans ce cas adopter la position allongée, les manifestations devraient disparaître rapidement.

Toutefois, si ces symptômes persistent, consulter votre pharmacien ou votre médecin.

Si vous avez des réactions allergiques (urticaire, éruption cutanée, etc.) à ce médicament, arrêter immédiatement son utilisation et consulter votre pharmacien ou votre médecin.

Si vous avez été ou devrez l'être sous l'effet de ce médicament, ne pas faire d'efforts physiques excessifs.

Si vous avez été ou devrez l'être sous l'effet de ce médicament, ne pas faire d'efforts physiques excessifs.

Si vous avez été ou devrez l'être sous l'effet de ce médicament, ne pas faire d'efforts physiques excessifs.

Précautions d'emploi

La prudence s'impose chez les sujets traités par des médicaments antihypertenseurs, chez l'insuffisant rénal chronique, chez le sujet âgé de plus de 65 ans et chez le patient coronarien.

Hygiène de vie: il est recommandé de vous astreindre à une certaine hygiène de vie durant ce traitement et notamment: au maintien d'une activité physique, à la surveillance d'un régime alimentaire (éviter les repas riches, trop épiciés, trop alcoolisés); ne pas trop boire le soir; maintenir un transit intestinal régulier.

ZEPAM® 6 mg

bromazépam

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être néfaste. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous avez des doutes, consultez votre pharmacien ou votre médecin.

Composition :

Bromazépam (DCI) : 6 mg par comprimé-bâtonnet.

Excipients : Q.S.P 1 comprimé.

Excipient à effet notoire : lactose.

PPV:34DH70

PER:11/26

LOT: M3853

Forme pharmaceutique :

ZEPAM® comprimé-bâtonnet quadrisécable (blanc); boîte de 30.

Dans quels cas utiliser ce médicament ?

C'est un anxiolytique de la famille des benzodiazépines.

Il est utilisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants.

Attention !

a) Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des autres constituants.
- Insuffisance hépatique sévère, aiguë ou chronique (risque de survenue d'une encéphalopathie).
- Myasthénie.
- Insuffisance respiratoire.
- Syndrome d'apnée du sommeil.

b) Posologie usuelle

En pratique courante :

Chez l'adulte, en début de traitement, la posologie quotidienne moyenne de ZEPAM® est de 1 comprimé-bâtonnet, réparti le plus souvent de la manière suivante :

- 1/4 de comprimé-bâtonnet le matin (1,5 mg),
- 1/4 de comprimé-bâtonnet à midi (1,5 mg),
- 1/2 comprimé-bâtonnet le soir (3 mg).

Elle doit ensuite être adaptée individuellement en fonction de la réponse thérapeutique.

La posologie peut être augmentée jusqu'à 3 comprimés par jour dans certains cas.

Le comprimé n'est pas une forme adaptée à l'enfant de moins de 6 ans (risque de fausse-route).

Enfant, sujet âgé, insuffisant rénal ou hépatique : il est recommandé de diminuer la posologie, par exemple la moitié de la posologie moyenne peut être suffisante.

c) Mode et voie d'administration

Voie orale. Les comprimés doivent être avalés avec un peu d'eau.

d) Fréquence et moment auquel le médicament doit être administré

Les prises devront être régulièrement réparties dans la journée.

e) Durée du traitement

Ne pas dépasser 12 semaines de traitement sans avis médical.

Le traitement doit être aussi bref que possible.

L'indication sera réévaluée régulièrement, surtout en l'absence de symptômes.

Effets non souhaités et gênants :

Comme tout produit actif, ce médicament peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants :

Troubles de la mémoire, sensation d'ivresse, somnolence en particulier chez la personne âgée, ralentissement des idées, sensation de fatigue musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée, troubles du comportement.

Exceptionnellement :

- réactions paradoxales avec augmentation de l'anxiété, agitation, agressivité, confusion des idées, hallucinations;
- amnésie antérograde.

Ces troubles nécessitent l'arrêt du traitement.

f) Précautions d'emploi

Des précautions sont nécessaires en cas de myasthénie.

Utilisé seul, ce médicament n'est pas adapté au traitement des états dépressifs.

Une prise prolongée ou des doses importantes de ce médicament favorisent une dépendance.

PECTRYL®

(Bromhexine - Sulfofogaiacol)

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Sirop : Flacons de 150 ml et 250 ml

COMPOSITION CENTESIMALE

Chlorhydrate de Bromhexine

Sulfofogaiacolate de potassium

Excipient aromatisé caramel menthe q.s.p.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Mucolytique

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un modificateur des sécrétions

Il facilite leur évacuation par la toux en les assouplissant

Ce médicament est préconisé dans les états de toux avec des bronchites aiguës ou lors d'épisodes aigus de rhinopharyngite

Ce médicament ne doit pas être pris sans avis de votre médecin

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'un des constituants du produit.

- Aspartam : contre indiqué en cas de phénylcétonurie.

- Nourrisson de moins de 2 ans.

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

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

De très rares cas de lésions sévères de la peau, telles que des syndromes de Stevens Johnson ou de Lyell, ont été rapportés chez des patients qui prenaient de la bromhexine. Si des lésions de la peau ou des muqueuses apparaissent, arrêtez par précaution votre traitement à base de Pectryl® et consultez immédiatement un médecin.

Il est conseillé de ne pas prendre de médicament antitussif ou de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement par ce médicament.

En raison de la présence de sorbitol, ce médicament ne peut être administré en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol (ou 23 mg) par dose, c'est-à-dire «sans sodium». Ce médicament contient du «parahydroxybenzoate» et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

Ce médicament contient de très faibles quantités d'éthanol (0,1455 mg/cuillerée à soupe; 0,0485 mg/cuillerée à café).

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse sauf en cas de nécessité absolue. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre le traitement.

Allaitement

En raison de l'absence de données suffisantes concernant l'effet de la bromhexine passant dans le lait maternel, Pectryl® ne devrait pas être pris pendant l'allaitement.

EN CAS DE GROSSESSE OU DE ALLAITEMENT, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'allaitement de toujours DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN. NE PAS D'UTILISER UN MEDICAMENT.

EFFETS AYANT UN EFFET NOTOIRE

PPV 21DH20
EXP 09/2026
LOT 36033 5

PECTRYL

lier lors
s.

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 19... ad. daddy

Nom/Prénom : M. ABD... fahay... Age : 78

Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Bilan glycémique

- Glycémie à jeun
- HGPO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Mg⁺⁺
- Bicarbonates (HCO₃⁻)
- Urée
- Créatinine
- Acide urique

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU + Antibiogramme

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases ACIDES
- Phosphatases Alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP

Sérologie et immunologie

- TPHA-VDRL
- Hépatite B
 - Antigène Hbs
 - Anticorps Anti-Hbs
 - Anticorps Anti-Hbc
 - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
 - Anticorps Anti-HCV
 - Serologie Toxoplasmose
 - Serologie Rubéole
 - Fator Rhumatoïde (latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du complément
- Serologie HIV

Examen parasitologique des selles + Coproculture



Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Groupage sanguin et AC irréguliers

- ABO
- Rhésus
- RAI

Bilan de la fonction thyroïdienne

- T3
- T4
- TSH

Bilan de la fonction rénale

- Créatinine
- Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- PSA

Enzymes musculaires

- LDH
- CPK
- CPK-mb

Ionogramme urinaire

- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Urée
- Créatinine

LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES

396 Bd. El Fida 1er étage
CASABLANCA
Tél. : 05 22 28 10 61

Dr HAIZOUN Adil

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy (FRANCE)
Spécialiste en Biologie Médicale



093060838

Casablanca le 19 février 2024

Monsieur WARID BOUAZZA

FACTURE N°	67208
------------	-------

Analyses :

PSA totale	B	300	Total : B 300
------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang	Pc	1,5
------	----	-----

TOTAL DOSSIER	427,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Vingt Sept Dirhams



LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES



مختبر هايزون
للتحاليل الطبية

Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

Docteur HAIZOUN Adil
BIOLOGISTE

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

Dossier ouvert le : 19/02/24
Prélèvement effectué à 10:12
Edition du : 19/02/24



Monsieur WARID BOUAZZA

Réf. : 24B1111

Page : 1/1

MARQUEURS

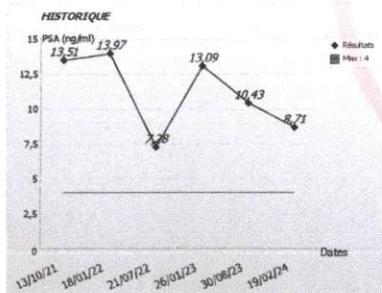
Normales	Antériorité
	30/08/23

ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

P.S.A. Total ----- : **8,710** * ng/ml < 4 10,430

(Méthode E.L.F.A.)

Le toucher rectal, le massage prostatique, une cytoscopie, une échographie transrectale, une biopsie, augmentent transitoirement le taux de PSA.



Ouverture :
Tous les jours
de 7h à 19h,
Samedi
de 7h à 13h

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE HAIZOUN
D'ANALYSES MEDICALES
96, Bd. El Fida, CASABLANCA - Maroc
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 04 74 73

396, Bd. El Fida Casablanca - Maroc - Tél. : 05 22 28 10 61 - GSM : 06 96 05 74 73

Email : haizounadil@gmail.com