

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039808

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4105 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Khaliss Noureddine

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 10 / 2017

Nom et prénom du malade : BENDAHME Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite rhumatoïde

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
17/10/19		2	1500	Dr. NAJI TATIK Spécialiste en Médecine Interne Maladies de Système - Maladies infectieuses Pathologie vasculaire - Rhumatologie

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/10/19

10500

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

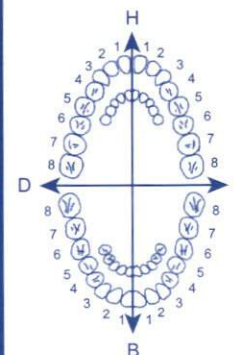
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

23



N° IPP : 822299	N° SEJOUR : 190046291	<b>FACTURE N° 1902020746</b>		DATE D'ENTREE : 17/10/2019		DATE DE SORTIE : 17/10/2019					
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>BEN DAHMANE,Wassila</b>							
MALADE : BEN DAHMANE,Wassila		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
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		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE											
Intervenant : 46117 DR NAJI (INTERNISTE) TARIK		TOTAUX :		150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
		REMISE :		0.00		REGLE :		AVOIR :			
		RESTE DU:		150.00							
DATE FACTURE : 17/10/2019		EDITEE LE : 17/10/2019		PAR: LABKHA		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE : TEAT		DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
						BANQUE :		BMCE - INARA			
						N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91			



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴷⵓⴷⴰⵢⵔ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE

مصلحة  
POLYCLINIQUE



الإدارة II  
INARA II

le 17/10/13

TF BENDAHANE WASSLA

44,40

1/

CEUVISC Collige

1 oph

3dy

S.V.

1340 x3

2/

LEVOTHYROX

50 µg Cp

1 - 0 - 0

S.V.

2 µg

3ms

680 x3

3/

LEVOTHYROX

25 µg Cp

1 - 0 - 0

S.V.

10500



Dr. NAJI Tarik  
spécialiste en Médecine Interne  
Maladies de Système - Maladies Infectieuses  
Pathologie vasculaire - Rhumatologie

**NOTICE :  
INFORMATION DE L'UTILISATEUR**



**CELLUVISC®**

**4 mg/0,4 ml, collyre en réci  
Carmellose sodique**

**CELLUVISC® 4mg/0,4ml**

Collyre en récipient unidose



6 118001 030095

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**PPV: 44DH40**

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser le produit. Ces informations sont importantes pour votre traitement.**

mations

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
  2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
  3. COMMENT UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
  4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
  5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
  6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
- 
1. **QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**SUBSTITUT LACRYMAL**

Ce médicament est utilisé pour soulager les signes d'irritation liés à la sécheresse de l'œil (quand il existe une insuffisance de larmes).

2. **QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?**

**N'utilisez jamais CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :**

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la carmellose sodique ou à l'un des autres composants contenus dans CELLUVISC.

**Faites attention avec CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :**

En cas de persistance des symptômes, CONSULTEZ UN OPHTALMOLOGISTE afin qu'il adapte votre traitement.

Ce collyre est présenté en unidose à usage unique et ne contient pas de conservateur. Il existe donc un risque de rapide contamination bactérienne.

Évitez de toucher l'œil ou toute autre surface avec l'embout de l'unidose.

L'unidose doit être jetée immédiatement après usage et ne doit pas être conservée en vue d'une utilisation

يوصى بإستعماله في الحالات التالية:

- نقص التدرق (نقص إفراز الغدة الدرقية).
- الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بنقص التدرق و النسي (الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز.

## 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس

قرص قابل لل

0

قائمة المعلومات

إذا أعلمكم طب

السكريات يجب

المؤشرات الضد

لايجوز أبدا إست

• إذا كنت تعاني

أي من المكونات

• إذا كنت تعاني من سر

عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج

بفقر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية تركييبة مضادة، واليود



Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

الدواء

• تم التقبل لبعض أنواع من

ناول هذا الدواء.

الحالات التالية

- حساس) للمادة الفعالة أو إلى

• واء المذكور في الفقرة 6

(مجموع الاضطرابات الناجمة

عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج

بفقر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية تركييبة مضادة، واليود

## 3- ما هي طريقة استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع ؟

الجرعة، كيفية و / أو طريقة تناول، تردد تناول و مدة العلاج  
الجرعة

يأخذ دائما هذا الدواء باحترام تام لتأثيرات طبيبك أو الصيدلي.  
تحقق

مع طبيبك أو الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها

تختلف وفقا لدرجة المرض، العمر و التحمل الفردي للعلاج.

الأقراص قابلة للقطع : يمكن قطعها إلى نصفين عند الحاجة

لضبط الجرعة وفق وصفة الطبيب.

ينبغي إعطاء هذا الدواء فقط للأطفال الذين يستطيعون ابتلاع

الأقراص.

طريقة و تردد تناول

هذا الدواء يأخذ، من الأفضل في الصباح على الريق مع كوب

من الماء.

مدة العلاج

قصور الغدة الدرقية في معظم الحالات، هو مرض نهائي،

يوصى بإستعماله في الحالات التالية:

- نقص التدرق (نقص إفراز الغدة الدرقية).
- الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بنقص التدرق و النسي (الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز.

## 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس

قرص قابل لل

0

قائمة المعلومات

إذا أعلمكم طب

السكريات يجب

المؤشرات الضد

لايجوز أبدا إست

• إذا كنت تعاني

أي من المكونات

• إذا كنت تعاني من سر

عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج

بفقر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية تركييبة مضادة، واليود



Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

الدواء

• تم التقبل لبعض أنواع من

ناول هذا الدواء.

الحالات التالية

- حساس) للمادة الفعالة أو إلى

• واء المذكور في الفقرة 6

(مجموع الاضطرابات الناجمة

عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج

بفقر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية تركييبة مضادة، واليود

## 3- ما هي طريقة استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع ؟

الجرعة، كيفية و / أو طريقة تناول، تردد تناول و مدة العلاج  
الجرعة

يأخذ دائما هذا الدواء باحترام تام لتأثيرات طبيبك أو الصيدلي.  
تحقق

مع طبيبك أو الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها

تختلف وفقا لدرجة المرض، العمر و التحمل الفردي للعلاج.

الأقراص قابلة للقطع : يمكن قطعها إلى نصفين عند الحاجة

لضبط الجرعة وفق وصفة الطبيب.

ينبغي إعطاء هذا الدواء فقط للأطفال الذين يستطيعون ابتلاع

الأقراص.

طريقة و تردد تناول

هذا الدواء يأخذ، من الأفضل في الصباح على الريق مع كوب

من الماء.

مدة العلاج

قصور الغدة الدرقية في معظم الحالات، هو مرض نهائي،

يوصى بإستعماله في الحالات التالية:

- نقص التدرق (نقص إفراز الغدة الدرقية).
- الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بنقص التدرق و النسي (الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز.

## 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوثيروكس

قرص قابل لل

0

قائمة المعلومات

إذا أعلمكم طب

السكريات يجب

المؤشرات الضد

لايجوز أبدا إست

• إذا كنت تعاني

أي من المكونات

• إذا كنت تعاني من سر

عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج

بفقر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية تركييبة مضادة، واليود



Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

الدواء

• تم التقبل لبعض أنواع من

ناول هذا الدواء.

الحالات التالية

- حساس) للمادة الفعالة أو إلى

• واء المذكور في الفقرة 6

(مجموع الاضطرابات الناجمة

عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج

بفقر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية تركييبة مضادة، واليود

## 3- ما هي طريقة استعمال ليفوثيروكس قرص قابل للقطع ؟

الجرعة، كيفية و / أو طريقة تناول، تردد تناول و مدة العلاج  
الجرعة

يأخذ دائما هذا الدواء باحترام تام لتأثيرات طبيبك أو الصيدلي.  
تحقق

مع طبيبك أو الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها

تختلف وفقا لدرجة المرض، العمر و التحمل الفردي للعلاج.

الأقراص قابلة للقطع : يمكن قطعها إلى نصفين عند الحاجة

لضبط الجرعة وفق وصفة الطبيب.

ينبغي إعطاء هذا الدواء فقط للأطفال الذين يستطيعون ابتلاع

الأقراص.

طريقة و تردد تناول

هذا الدواء يأخذ، من الأفضل في الصباح على الريق مع كوب

من الماء.

مدة العلاج

قصور الغدة الدرقية في معظم الحالات، هو مرض نهائي،

في حالة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة شرايين القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم، في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه وبشكل

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

#### 4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

وصف الآثار غير المرغوبة

مثل جميع الأدوية، ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع

تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك،

عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)،

ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

في حالة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة شرايين القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم، في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه وبشكل

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

#### 4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

وصف الآثار غير المرغوبة

مثل جميع الأدوية، ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع

تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك،

عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)،

ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

في حالة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة شرايين القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم، في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه وبشكل

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

هذا الـ app  
أو سب  
إذا ق  
ليفو  
(1)  
و.  
باضطر  
كان المريض طعم.

#### 4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

وصف الآثار غير المرغوبة

مثل جميع الأدوية، ليفوثيروكس، قرص قابل للقطع، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع

تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك،

عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)،

ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية: