

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4105 Société : Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : Khaliss Noureddinne

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 10 / 2013Nom et prénom du malade : BENDAHMOUN NourredineLien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Polyarthrite rhumatoïde / Polyarthrite

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) :

MUPRAS

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
17/10/2009			150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/10	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	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 d'état.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H points to upper 1, G				

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)



0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 822299 N° SEJOUR : 190046291

FACTURE N° 1902020746

DATE D'ENTREE : 17/10/2019 DATE DE SORTIE : 17/10/2019

ASSURE :

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	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 DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46117 DR NAJI (INTERNISTE) TARIK TOTAUX : 150.00 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :

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

DATE AT :

N° DE POLICE : 17/10/2019

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

* Consultation
Polyclinique CNSS

وصفة

ORDONNANCE



الأئنارة II
INARA II

le 17/10/12

TF BENDAHME MASSA

4440
1

CEUVISC Collyre

S.V

1340 X 3
2

1 opk

30g

680 X 3
3/



LÉVOTHYROX

1 - . -

50 µg Gp

50
3ms

LÉVOTHYROX

25 µg Gp

10500
4



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

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser cette notice 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 UTILISE ?
 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 UTILISE ?

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.

Evitez 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 بـاستعماله في الحالات التالية:

· نقص التدرق (نقص إفراز الغدة الدرقية).
· الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بـنقص التدرق و التي (الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز.

3- ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
الجرعة، كمية و / او طريقة التناول، تردد التناول و مدة العلاج
تحقيق
يأخذ دانها هذا الدواء باحترام تمام لشاسيهات طبيبك او الصيدلي.

مع طبيبك او الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها تختلف وفقاً 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 التناول
هذا الدواء يأخذ، من الأفضل في الصباح على الريق مع كوب ماء العلاج
قد يضر بالغدة الدرقية في معظم الحالات، هو مرض نهائى،

2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس
قرص قابل للقطع ؟

6 0 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
الدواء
نم التقبل لبعض أنسواع من
ماول هذا الدواء.

لإيجوز أبداً استهلاكه
إذا كنت تعاني
أي من المكونات
إذا كنت تعاني من سرطان
(محضوع الإصابة بالسرطان)
خارج فرط الغدة الدرقية، خارج
عن النشاط المفترط للغدة الدرقية، خارج
فرط التدرق المعالج
وأداء المذكور في الفقرة 6
- حساس (حساس) للمادة الفعالة أو إلى
الحالات التالية

7862160335

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نقص التدفق (نقص إفراز اللعنة الدرقية).
الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بنقص التدفق و التي
(الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز

الجرعة، كثافة / أو طريقة التناول، تردد التناول و مدة العلاج

٢ - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس

يُنبعِي إعطاء هذا الدواء فقط للأطفال الذين يُسْتَطِيعُون ابتلاع
لضيـط الـجـرـعـة وـفـقـ وـصـفـةـ الطـبـيبـ.

الـأـفـرـاـصـ قـابـلـةـ لـلـقـطـعـ : يـمـكـنـ قـطـعـهـاـ إـلـىـ نـصـفـيـنـ عـنـدـ الـحـاجـةـ

تـخـتـلـفـ وـفـقـ الـلـرـجـةـ الـمـرـضـ،ـ الـعـصـرـ وـالـتـحـمـلـ الـفـرـديـ لـلـعـلاـجـ.

مـعـ طـبـيـبـ أـوـ الصـيـدـلـيـ إـذـاـ كـتـبـ فـيـ شـكـ.ـ الـجـرـعـةـ المـوـصـىـ بـهـاـ

قائمة المعلومان
إذا أعلمكم طبع
السكريات بحسب

6 118001
Levothyrox
Comprimés s...
O
الدواء
نه التقبل لبعض أنواع من
تناول هذا الدواء.

لا يجوز أبداً إستهلاك هذا الدواء في الحالات التالية:

أي من المكونات
بشكل تعاوني

إذا كنت تعاني من سرطان (مجموع الاضطرابات الناجمة عن النشاط المفرط للغدة الدرقية)، خارج فرط التهاب المعايير بقصر الغدة الدرقية الناجم عن أدوية ترتكب مضادة، والسود

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

يوصى بـاستعماله في الحالات التالية:

· نقص التدرق (نقص إفراز الغدة الدرقية).
· الظروف المرتبطة أو غير المرتبطة بـنقص التدرق و التي (الهرمونة المنشطة للغدة الدرقية) TSH تقتضي كبح إفراز.

3- ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟
الجرعة، كمية و / او طريقة التناول، تردد التناول و مدة العلاج
تحقيق
يأخذ دانها هذا الدواء باحترام تمام لشاسيهات طبيبك او الصيدلي.

مع طبيبك او الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها تختلف وفقاً 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 التناول
هذا الدواء يأخذ، من الأفضل في الصباح على الريق مع كوب ماء العلاج
قد يضر بالغدة الدرقية في معظم الحالات، هو مرض نهائى،

2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس
قرص قابل للقطع ؟

6 0 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

الدواء
نم التقبل بعض أنساع من
ماول هذا الدواء.

· قائمة المعلومات
إذا علمكم طلب
السكريات يجب
المؤشرات الضد
لأيجوز أبداً استهلاك

· إذا كنت تعاني
أي من المكونات

7862160335

· إذا كنت تعاني من سرطان (مجموع الأضرار اباتات الناجمة عن النشاط المفترط للغدة الدرقية)، خارج فرط التدرق المعالج
وأاء المذكور في الفقرة 6

· مدة العلاج

في حالة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة شرائين القلب التاجية (اختساع 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 و بشكل خ

هذا (6 118001 102013 app. Levothyrox® 50µg. Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH)، لأنها قد تسبب الالكتوز، لا ينصح استخدامه عند من التعرض الجلاكتوز، ونقص الالكتاز أو سرطان التجارب خلايا فتررة علاجها مع بز أو الجلاكتوز (أمراض وراثية نادرة). ليفور لنيفوري، أو جينيس، فإن طبيبك قد يطلب منك لـ التحليلات البيولوجية الإضافية (قياس الكالسيوم في البول)، إذا كنت حامل، إذا كنت كبير في السن أو إذا كنت مصاباً بارتفاع الأعراض الأكثر شيوعاً هي: طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، وصعوبة في التنفس وأحمرار.

يجب على الأطباء: المصطلحات بقصبة الغدة الدرقية
باضطرار، 7862160336، كان العريض طفر.

4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

ووصف الآثار غير المرغوبة مثل جميع الأدوية، ليفوثiroكس، قرص قبل القطع ، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتى عند الجميع وتفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

• علامات فرط التسرق (احتلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحو سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك، عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)، زرود فعل حساسية محملة (فرط التحسس) العلامات والأعراض الأكثر شيوعاً هي: طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، وصعوبة في التنفس وأحمرار.

هذه التسميات معناها: المصطلحات بقصبة الغدة الدرقية

في حاله الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة في شرائين القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية)،

الكتاب المقدس

٤- ما هي التأثيرات غير العرقية المحتملة؟

ووصف الآثار غير المرغوبة مثل جميع الأدوية، ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتى عند الجميع تفاقم هررض قلبي (الذبحة الصدرية)، قصور القلب، اضطرابات

• علامات فرط التدفق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رغفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، أسهال) : 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 والأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، كحة، إنفاس في

عنده التهاب المريض طفر.

الإبلاغ عن الإثارة (أيضاً) ببيانه: الرغبة والوجه، وصعوبته في النفس وأحصاره.

في حالة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة شرائين القلب التاجية (اختساع 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 و بشكل خ

هذا (6 118001 102013 app. Levothyrox® 50µg. Comprimés sécables B/30 PPV: 13,40 DH)، لأنها قد تسبب الالكتوز، لا ينصح استخدامه عند من التعرض الجلاكتوز، ونقص الالكتاز أو سرطان التجارب خلايا فتررة علاجها مع بز أو الجلاكتوز (أمراض وراثية نادرة). ليفور لنيفوري، أو جينيس، فإن طبيبك قد يطلب منك لـ التحليلات البيولوجية الإضافية (قياس الكالسيوم في البول)، إذا كنت حامل، إذا كنت كبير في السن أو إذا كنت مصاباً بارتفاع الأعراض الأكثر شيوعاً هي: طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، وصعوبة في التنفس وأحمرار.

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 حتى عند الجميع وتتفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

• علامات فرط التسرق (احتلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحو سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك، عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)، زرود فعل حساسية محملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعاً هي: طفح جلدي، حكة، انتفاخ في الرقبة والوجه، وصعوبة في التنفس وأحمرار.

بالاضطلاع على سرير المريض طور. كان التسميم بقصبة الغدة الدرقية

7862160336