

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0010035

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10063 Société : 73159

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : O.U.A. J.A. O Mohamed

Date de naissance : 1956-1-1

Adresse : Casablanca

Tél. : 06-74-11-67-18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2021

Nom et prénom du malade : OUAJAD NOUAILA Age: 20 ans

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

Nature de la maladie : Cancer Surtout

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) :

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
23/05/2021			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/2021	1580

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/05/2021	1800	1580

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 :

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

23/05/2021

OUAJAD MOUHAILA

33,00

1/ MEGASTON 160 mg

1 cme x 8/jour
80,80

2/ MOTULIUM sirop

1 Cas x 8/jour avant le repas

158,00

3/ ENTERAL 200 mg

2 gelules x 2/jour

83,40

4/ LOPERIUM 2 mg

2 gelules, puis 1 gelule

après chaque selle liquide

Arrêt si transit normal.



090004029

dompéridone
suspension buvable

LOT : 20E012
PER : 03 2023

MOTILIUM 1MG/ML 
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 40DH80



implémentaire qui
formations relatives
lant tout effet
brique 4 comment

ant de prendre

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

12 gélules

PPV 15DH80

EXP 01/2023
LOT 9D035 1

Suspension buvable : afin de permettre l'administration aux adultes
utiliser chez l'adulte et de celles à utiliser chez l'enfant.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable ?

Ne prenez jamais MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable :
si vous êtes allergique (hypersensible) à la dompéridone ou à l'un
des autres composants contenus dans MOTILIUM 1 mg/ml,
suspension buvable :

- si vous avez des saignements de l'estomac ou si vous avez régulièrement des douleurs abdominales sévères ou des selles noires persistantes ;
- si vous avez les intestins obstrués ou perforés ;
- si vous avez une tumeur de la glande pituitaire (prolactinome) ;
- si vous souffrez d'une maladie modérée ou sévère du foie ;
- si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé" ;
- si vous avez ou avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait (affection appelée insuffisance cardiaque) ;
- si vous avez un problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans votre sang ;
- si vous prenez certains médicaments (voir « Prise d'autres médicaments »).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre MOTILIUM 1 mg /ml, suspension buvable si vous :

- souffrez de problèmes au foie (défaillance des fonctions du foie ou insuffisance hépatique) (voir * Ne prenez jamais MOTILIUM 1 mg/ml, suspension buvable*) ;
- souffrez de problèmes aux reins (défaillance des fonctions du rein

ou insuffisance rénale). Vous devez consulter votre médecin en cas de traitement par fentanyl pour prendre une dose plus faible ou plus fréquente et votre médecin pour surveiller régulièrement.

La dompéridone peut être associée à un rythme cardiaque et d'arrêt cardiaque élevé chez les patients de plus de 60 ans, à des doses supérieures à 30 mg par jour. Évitez la dompéridone avec d'autres médicaments. Prévenez votre médecin si vous prenez des médicaments pour les champignons ou bactériennes) et/ou le SIDA (voir rubrique « Contre-indications »). MOTILUUM doit être utilisé à la dose recommandée par l'adulte et chez l'enfant.

Pendant le traitement par MOTI vous présentez des troubles du sommeil, des palpitations, des difficultés à re-

par MOTILIUM devra
res médicaments

- **Ne jamais prendre de médicaments pour**

fongiques, par exemple les azolés, en particu-

onazole, le posaconazole pour les infections bactériennes, en pa-

!
pine, la télithromycine
ne (ce sont des anti

es cardiaques ou une
ine, la dronédarone,

le sotalol, l'hydroquinone (par exemple l'halop

- troubles gastro-intestinaux (p

- allergie (par exemple la méquiline)
- paludisme (en particulier l'halofantrine)
- VIH/SIDA tels que le ritonavir ou les inhibiteurs de protéase ;
- hépatite C (par exemple le télapar)
- cancer (par exemple le trémex)

Ne prenez pas MOTILIUM si vous prenez d'autres médicaments (par exemple le b

Prévenez votre médecin ou votre pharmacien de tous les médicaments que vous prenez pour traiter une infection.

le VIH/SIDA ou la maladie de Parv. Il est important de demander à

est important de demander à votre pharmacien si MOTILIUM 1 mg/mg vous convient, vous prenez d'autres médicaments.

Prise de MOTILIUM avec des a

Prenez MOTILIUM 1 mg/ml, susp
est pris après les repas, son abs

Grossesse

Si vous êtes enceinte ou pensez

Allaitement

De petites quantités de d'ompér
maternel. MOTILUM peut entra

cœur du nourrisson allaité. MOT
l'allaitement uniquement si votre

LOPERIUM®

Lopéramide

PPV:23DH40

PER:11/23

LOT:J3201



		Par boîte
Lopéramide (DCI) Chlorhydrate	2 mg	40 mg

INDICATIONS

C'est un antidiarrhéique qui agit en ralentissant le transit intestinal et en réduisant les sécrétions intestinales.

Il est utilisé dans le traitement symptomatique des diarrhées.

CONTRE-INDICATIONS

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

- *crise aiguë de rectocolite hémorragique,*
- *enfant de moins de 8 ans.*

ATTENTION

Des précautions sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique.

Ce médicament n'est pas adapté au traitement des diarrhées dues à certains antibiotiques.

Une diarrhée qui s'accompagne de torpeur, de soif, de fièvre ou de sang dans les selles nécessite rapidement un avis médical. Le traitement doit être arrêté dès que les selles recommencent à être formées. L'usage trop prolongé du médicament expose à un risque de constipation important.

Si vous devez conduire, ou utiliser une machine dangereuse, assurez-vous préalablement que ce médicament n'altère pas votre vigilance.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les études actuellement disponibles n'ont pas mis en évidence de problème particulier lors de l'utilisation ponctuelle de ce médicament chez la femme enceinte.



Megasfon®

LOT : 4039
UT. AV : 10-22
P.P.V : 33 DH 00

cinol

r ce médicament. Elle
tement.
e utilisé sans

Si les symptômes persistent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.
Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez là, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.
NE LAISSEZ PAS CE MÉDICAMENT À LA PORTEE DES ENFANTS

PRESENTATION

MEGASFON® 80 mg et 160 mg, comprimés orodispersibles boîte de 10 et 20.
MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires, boîte de 8.

COMPOSITION

Substance actives : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol
MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible
MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible
MEGASFON® suppositoires contient 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de Triméthylphloroglucinol par suppositoire.
Excipients : qsp 1 comprimé orodispersible ou 1 suppositoire.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

MEGASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Il

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Si vous êtes une femme enceinte, vous devez demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre ce médicament. L'utilisation de MEGASFON® ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allaite. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Lactose, aspartam.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

Posologie

MEGASFON® 80 mg comprimés orodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant, 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés orodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé orodispersible, au moment de la crise. Renouvelez en cas de spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 3 comprimés de MEGASFON® 160 mg par jour.

MEGASFON® suppositoires : 3 suppositoires par 24 heures.

Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Voie orale.

Chez l'adulte, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau ou le laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau.

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale.

DANS TOUTES LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

23/05/2021

OUEJAD NOUHAILA -

NFS + Pq,

CRP.

Laboratoire TOUZANI
d'Analyses Médicales
Secrétariat
19, rue La Voisier - Casablanca
Tél: 0522 86 50 00 / Fax: 0522 86 50 20

الطبيب
Dr. Mustapha ZAROK
OMNIPRATICIEN
19, rue La Voisier - Casablanca
Tél: 0522 86 50 00 / Fax: 0522 86 50 20



090004029

Membre du
réseau de
cliniques



Oncorad
Groupe



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24h et 7/7j

Code Patient 210523058



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

Prélèvement du : 23-05-2021
au labo à 23:20
Demande N° : 210523058
Edition : 25-05-2021

Mme OUAJAD Nohaila
Prescripteur :

HEMATO-CYTOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate : Sysmex XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe et de l'état physiologique du patient(e)"

Hématies :	4,43	M/mm ³	(3,90-5,40)
Hémoglobine :	10,7	g/dL	(12,0-15,6)
Hématocrite :	33,7	%	(35,5-45,5)
VGM :	76	fL	(80-99)
TCMH :	24	pg	(27-34)
CCMH :	31,8	g/dL	(31,0-37,0)
Leucocytes :	11 140	/mm ³	(3 900-10 200)
Polynucléaires Neutrophiles :	81,9	%	
Soit:	9 124	/mm ³	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	10,1	%	
Soit:	1 125	/mm ³	(>1 000)
Monocytes :	6,6	%	
Soit:	735	/mm ³	(100-1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	1,2	%	
Soit:	134	/mm ³	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	0,2	%	
Soit:	22	/mm ³	(0-100)
Blastes :	0	%	
Plaquettes :	195 000	/mm ³	(150 000-370 000)
VPM :	10	fL	(7-11)

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP) 0,57 mg/L (<5,00)
(Immunoturbidimétrie HS - Roche)

Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI

18 Rue Lavoisier - Casablanca
Tél: 0522 86 50 00 / 0522 86 50 20
Secrétariat
d'Analyses Médicales
Laboratoire TOUZANI

La Qualité est notre souci permanent

Page : 1/1



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24h et 7/7j



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

FACTURE N° : 210523058

Casablanca le 23-05-2021

Mme Nohaila OUAJAD

Date de l'examen : 23-05-2021

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0370	CRP	B100
0216	Numération formule	B80

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 270 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante-dix dirhams

18 Rue Lavoisier - Casablanca
Tél : 0522 86 50 00 / Fax : 0522 86 50 20
Secrétariat
d'Analyses Médicales
Laboratoire TOUZANI

La Qualité est notre souci permanent

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux (en face de l'hôpital 20 Août) - CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma - Site web.: www.laboratoire-touzani.ma
INPE N°: 093060911 - Patente N°: 36370620 - Identifiant Fiscal N°: 44881270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 001613723000036



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



Casablanca Le: 23/05/2021

Facture N° 2496/21

Etablie par OUMAYM ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X1E231844

N° Identifiant : 21051859/21

Nom & Prénom : OUAJAD NOUHAILA

C.I.N. :

Date Début : 23/05/2021

Date Fin : 23/05/2021

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

Médecin : ZAROK MUSTAPHA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	200,00			200,00
----------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 200,00

PARTIE CLINIQUE : 200,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. ZAROK MUSTAPHA (GENERALISTE)	1	200,00			200,00
----------------------------------	---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 200,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES: 200,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 400,00

Espèce :	Chèque :	Solde :
200,00		200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

Cachet et signature

Bd. Sidi
Tél. : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19
Bd. Sidi
Tél. : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19