

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014838

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8912 Société : R.A.M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHIRIFI Daiss
Date de naissance : 24-09-1971
Adresse : Lot AL MOUHT Lot N°41 APT N°01
Route d'Azemmou DAR BOU AZZA Casablanca
Tél : 0624 33 02 00 Total des frais engagés : 1213,84 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CHS S. North Gh

Date de consultation : 22 / 02 / 2023
Nom et prénom du malade : JONKI TOURIA Age :
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 : Casablanca Le : 21 / 04 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
22/02/23	685	749,54		Dr. ZGUENDI Abderrahmane Service des Urgences Polyclinique D.N.S.S. Derb Ghellaf

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KADIA LOTISSEMENT Benabid, N° 98 Dar Bouazza Casablanca Tél. : 05 22 93 78 99	22/02/23	464,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

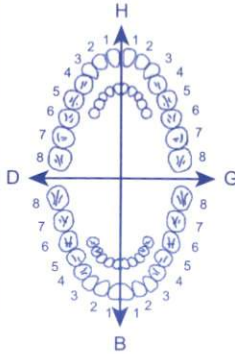
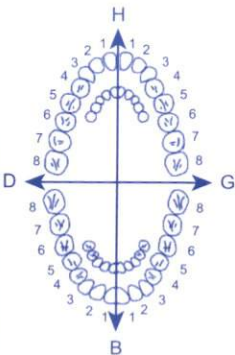
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D		B																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
	[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

وصفة
ORDONNANCE



Le 28/11/2023

7. جوكي تورا

PHARMACIE KADIRI LOTISSEMENT
Lot Benabid, N° 98 Dar Bouazza
Casablanca
Tél. : 05 22 93 78 99

1312

Alg 4



1yr 39/1

478

Daxen



1yr 39/1

347

Novex 0,4



1yr 39/1

563

Cure 25.5



1yr 39/1

Dr. ZGUENDI Moderrahman
Service des Urgences
Polyclinique P.N.S.S. Derb Ghallef

PPV: 56,30 DH
LOT: 22C070
EXP: 03/2024

34 7100

Novex®

2000 UI anti-Xa/0,2 ml
4000 UI anti-Xa/0,4 ml
6000 UI anti-Xa/0,6 ml
8000 UI anti-Xa/0,8 ml
10000 UI anti-Xa/1 ml

Enoxaparine sodique
Solution injectable en seringue préremplie

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?
3. COMMENT UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTI-THROMBOTIQUES.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est un anticoagulant de la famille des héparines dites de « bas poids moléculaire ». Il prévient la formation d'une thrombose (caillot dans une veine ou une artère) et évite la récurrence.

Une héparine de bas poids moléculaire peut être prescrite :

- en traitement préventif, pour éviter une thrombose,
- en traitement curatif, dans le cas d'une thrombose déjà existante.

NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml et 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, solutions injectables en seringue préremplie :

Ce médicament est utilisé dans certains cas en chirurgie, s'il existe un risque de phlébite (caillot dans une veine).

Il est également utilisé pour la prévention de la coagulation dans les circuits de dialyse (en cas d'insuffisance rénale).

NOVEX® 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie :

Ce médicament est utilisé :

- en cas de phlébite (caillot dans une veine) accompagnée ou non d'embolie pulmonaire,
- dans certaines formes de maladie coronarienne,
- dans l'infarctus du myocarde traité par thrombolytique (médicament favorisant la dissolution des caillots sanguins).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?

N'utilisez jamais NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml et 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, solutions injectables en seringue préremplie dans les cas suivants :

L'UTILISATION de ce médicament est CONTRE-INDIQUEE

- En cas d'allergie connue à ce médicament, à l'héparine ou à ses dérivés incluant les autres héparines de bas poids moléculaires ;
- Si vous avez déjà eu dans le passé un épisode grave de baisse des plaquettes due à l'héparine (les plaquettes sont des éléments du sang, importants pour la coagulation sanguine) ;
- Si vous avez une maladie connue de la coagulation ;
- En cas de lésion (interne ou externe) risquant de saigner ;
- En cas de saignement excessif.

DASEN[®] 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN[®] 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de μg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al auam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

ALGIK[®]

Paracétamol + Caféine Comprimés

COMPOSITION

	par comprimé	par étui
• Paracétamol (DCI)	500 mg	8,0 g
• Caféine	50 mg	0,8 g

Excipients : q.s.

FORME ET PRESENTATION

Comprimés : Etui de 16 comprimés

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrétique.
- Caféine : stimulant du système central.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC - PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda,

Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)

Km 12,400 - Ain Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique des :

- affections douloureuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée.
- états fébriles (en cas de grippe).

CONTRE - INDICATIONS

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

- Hypersensibilité au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif (Caféine) pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopage.

Cependant, la dose de caféiné reconnue comme dopante de 12 µg/ml d'urine, ne peut être atteinte par la prise d'ALGIK 500 mg aux posologies recommandées.

Seule, l'absorption simultanée de médicaments ou de boissons (café, thé, en quantités relativement importantes) contenant également de la caféine, pourrait induire un test positif.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- Insuffisance hépatique légère, d'alcoolisme chronique.
- Administration concomitante de médicaments hépatotoxiques.
- Atteinte rénale sévère (risques d'effets secondaires rénaux lors de l'usage chronique de doses élevées).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Lié au paracétamol

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose-oxydase-peroxydase.

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

• Chez l'animal : Il n'existe pas d'étude de tératogénèse.

• Chez la femme :

- premier trimestre : une étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines de femmes n'a pas mis en évidence d'effet tératogène.



N° IPP : 1363133		N° SEJOUR : 230017916		FACTURE N° 2305005307		DATE D'ENTREE : 22/02/2023		DATE DE SORTIE : 22/02/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : JOUKI, Touria							
MALADE : JOUKI, Touria											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	25.00	22.50	562.50					0.00	562.50
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
FOURNITURES MEDICALES					107.04					0.00	107.04

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)		TOTAUX :		749.54					749.54
Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENT QUARANTE NEUF DHS ET CINQUANTE QUATRE CENTIMES				PLAFOND PC :				ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	749.54	AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00				
DATE FACTURE : 22/02/2023		EDITEE LE : 22/02/2023		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

Note confidentielle
(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom da l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que
l'assuré(e) : Dr. ZGUENDI Abderrahmane

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom da médecin traitant :

INPE et code à barres* :

091 141588
/ / / / / / / / / /

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

Date de la consultation:

22 02 2017
/ / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

Faiblesse de la base du D - 7 clatérale D²

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Bata de l'ur K25

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

Fait à :

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. ZGUENDI Abderrahmane
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

*Accoler 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. :