

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## **litions 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.

## **iologie 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.

## **ique :**

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

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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

N°D.  
34716,

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0017615**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **01177**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Aïssatou Fattouma**

Date de naissance : **1952**

Adresse : **N°113 Rue 28 Alix 2 oufza - Casab**

Tél. : ..... Total des frais engagés : **45991** Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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.

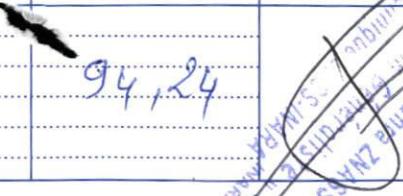
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

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

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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
03/07/2020			94,24	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/2020	113,30
	03/07/2020	5240

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/07/2020		100,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

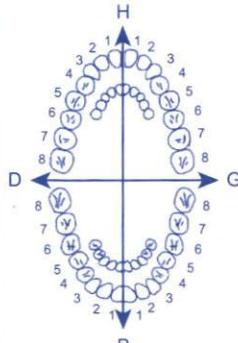
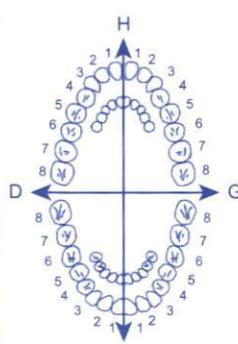
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 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

**LYS PHÄRMA SARL AU**  
**TAHIRI-JOUTI**  
**Docteur ORDONNANCE**  
**687, angle Bd. Oned Sebou**  
**et Rue 150, El Oulfa**  
**CASABLANCA**  
Tél : 0522 21 30 90 - Tél : 0522 21 30 93

Dr. CHAHRANI H  
VERIFIE  
INARA II  
INARA II  


le 3 / 7 / 20

Aïssatou Fatma

59,32

Reçu au 160 S.V.  
2 - 1 - 1

73,2

Par avion S.V.  
1 - 1 - 1

T. 131 30

المملكة المغربية  
Royauté du Maroc



Dr. Fatima Zahra ZNASSNI  
Médecin Généraliste  
Polyclinique CNSS-INARA

INARA II  
INARA II

DR SAID RAMI  
SERVIECE DES URGENCES  
Polyclinique CNSS-INARA

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



الإنارة II  
INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 03.07.2006

Aijjou Fattalima

52-45 Smeeta (S.V)  
AS 2 PUY

LYS PHARMA SARL  
TAHIRI-JOUTI  
Docteur en Pharmacie  
687, angle Bd. Oued Sebou  
et Rue 150, El Qods  
BLANC  
TÉL: 0522 21 30 90

الصكليات الملكية  
الملكية المغربية  
Royaume du Maroc  
Dr. Fatima Zahra ZN  
Médecin Généraliste  
Institutionnelle CNSS-INARA

# smecta® 3g

Dinamontis

PER : 05  
LOT : 8MA527  
2021

SMECTA 3G  
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40



6 118000 011460



en sachet

tte notice  
ment. Elle  
importantes

Si vous avez  
adulte, 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 un 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 SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ?
3. Comment prendre SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ?
6. Informations supplémentaires.

## 1. QU'EST-CE QUE SMECTA, poudre pour suspension buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

### AUTRES ADSORBANTS INTESTINAUX

(A : Appareil digestif et métabolisme).

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique en cas de : • Diarrhée aiguë chez l'enfant et le nourrisson, en complément de la réhydratation orale, et chez l'adulte ; • Diarrhée chronique (de longue durée) ; • Douleurs liées à des maladies digestives affectant l'œsophage, l'estomac et/ou l'intestin.

MEGASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Il agit contre les spasmes (contractions).

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

MEGASFON® est indiqué dans les traitements :

- Traitement symptomatique

# Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est à dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.

Si ces symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, consultez votre médecin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER  
AU PREScription  
DU MEDECIN

### INTERACTIONS AVEC LES PI ALTERNATIVES

Sans objet.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Si vous êtes une femme enceinte, demandez conseil à votre pharmacien avant de prendre ce médicament. La grossesse doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitement

L'utilisation de MEGASFON® est déconseillée chez la femme qui allait. 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.

### ANNEXE D'INFORMATION SUR LA MEDICAMENTOSITE

LOT : 7675

UT. AV : 01-22

P.P.V : 58 DH 30

ou de  
ne



Gélule

Voie orale

# Purcarb®

Deva  
Professional

Extrait de séné - Extrait de rhubarbe - Charbon végétal

## COMPOSITION

Extrait sec de feuille de séné ( cassia angustifolia) 95 mg, extra  
(extractum Rhei) 30 mg, charbon végétal activé 180 mg. Excip

LOT: 190268  
DLUO: 06/2022  
73,00DH

## PRESENTATIONS

Boîte de 15 gélules

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 03/07/20

NOM & PRENOM : AIJJOU FATTOUMA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHO ABDOMINALE

Foie de taille normale et d'échostructure homogène.

Tronc porte de calibre normal et perméable.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Les voies biliaires intra hépatiques et la voie biliaire principale ne sont pas dilatées.

Pancréas d'aspect échographique normal.

La rate est de taille normale et d'échostructure homogène.

Les deux reins sont de taille normale, de contour régulier avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni d'image de lithiase rénale échographiquement visible.

A noter un kyste sinusal rénal gauche 3.3 cm.

Absence d'épanchement intra péritonéale

#### CONCLUSION

Echographie abdominale normale.

Aérocolie.

Dr. ADABI FIC  
Radiologue

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

RNI-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 844086 N° SEJOUR : 200016897

FACTURE N° 2003005953

DATE D'ENTREE : 03/07/2020 DATE DE SORTIE : 03/07/2020

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : AIJJOU,Fattoouma

AIJJOU,Fattoouma

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA

TOTAUX :

200.00

200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00

REGLE :

AVOIR :

RESTE DU : 200.00

DATE FACTURE : 03/07/2020

EDITEE LE : 03/07/2020

PAR: MHAJAR

ACCIDENT DE TRAVAIL

DATE AT :

VISA



N° DE POLICE :

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

وصفة  
ORDONNANCE



الإنارة II  
INARA II

le 03/07/2010

Mme Aijjou Fatouma

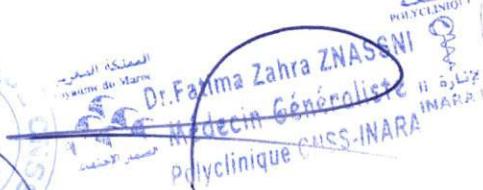
Age = 68 ans

ATCDS = Anterior cervical

Patient présent de due ob

FL D6

→ echo abd



Boulevard Al Qods, Inara II - Ain Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

N° IPP:	844086	N° SEJOUR :	200016898	FACTURE N°	2005005347	DATE D'ENTREE:	03/07/2020	DATE DE SORTIE:	03/07/2020
UF Présence:	5002 URGENCES								

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				94.24		0.00		0.00		94.24

Intervenant : 10666 DRZNASSNI FATIMA ZAHRA	TOTAUX :	94.24							94.24
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT QUATORZE DHS ET VINGT QUATRE CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR:	
	RESTE DU:	94.24							
DATE FACTURE : 03/07/2020	EDITEE LE : 03/07/2020	PAR: MHAJAR	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE :					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					



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd Moudods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tel : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



090001520

N° IPP : 844086 N° SEJOUR : 200016898

FACTURE N° 2005005347

DATE D'ENTREE : 03/07/2020 DATE DE SORTIE : 03/07/2020

ASSURE :

MALADE : AIJJOU,Fattouma

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

DESTINATAIRE :

AIJJOU,Fattouma

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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 GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX										
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES										
PROFENID 2 ML 1 AMP INJECT IM	P067	1.00	5.62	5.62					0.00	5.62
FOURNITURES MEDICALES				1.12					0.00	1.12



Total à reporter

94.24

0.00

0.00

94.24