

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 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 |

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.

52362

SN. mai
envoyé

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>13139</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>ABDOU BEN ABDELLAH</u>		
Date de naissance : <u>05/01/81</u>		
Adresse : <u>rottong Dgmar, cas</u>		
Tél. : <u>06 63 72 87 30</u>	Total des frais engagés :	
Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
<div style="text-align: center;">  Cachet du médecin : </div>		
Date de consultation : <u>12 NOV / 2020</u> Nom et prénom du malade : <u>Abdou</u> Age : <u>46</u> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Hémato</u> 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 : Casa

Le : 12 / 11 / 2020

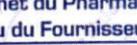
Signature de l'adhérent(e) :



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
12 Nov 2011	co	800,00 DT	INP : 761861190130 med_mouniaouissi@gmail.com Dernier.Tel. 0522-61-12-06 El Moudawat N° 89 de la Assurance, El Moudawat N° 89	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/2025	70,42

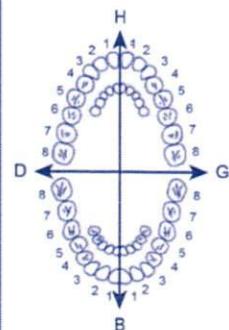
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12.11.88	Bé 84-5	90 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr.FOUISSI MOUNIA

Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفویسی مونیہ

الخصائص في أمراض الأطفال والرضع

طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال

جامعة كلية الطب

Age : 12 NOV 2009

Age :

Poids :

Nom : Attouy Noor

شارع المقاومة، الوحدة I الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسلي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقاً بالستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

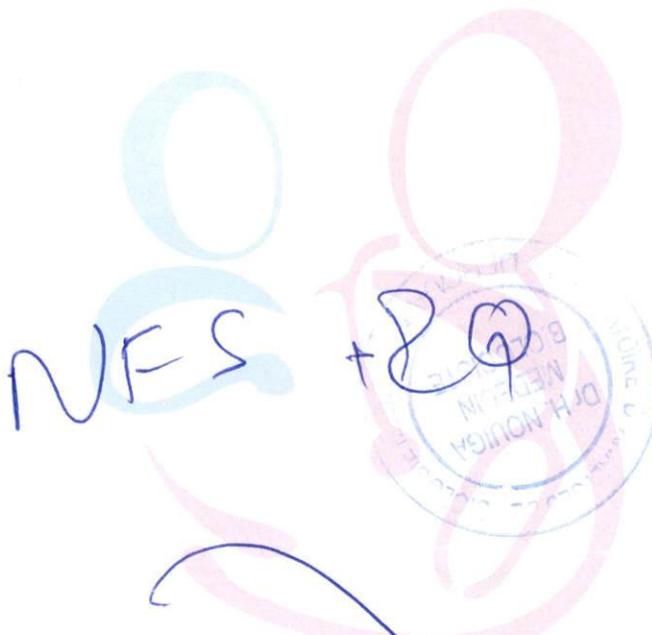
Age :

12 NOV 2020

Age :

Poids :

Nom : Attaya Nour



Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av de la Résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Deroua, Tel: 0522 51 42 88
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة I الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

Dr. Hanane NOUIGA

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Paris VI

Biochimie clinique - Hormonologie - Immunologie
 Hématologie Biologique - Bactériologie médicale
 Virologie médicale - Parasitologie - Mycologie

Saisi le : 12-11-2020 12:55

Prélevé le : 12-11-2020 13:16
 au labo

Édité le : 12-11-2020 à 13:42

2011120067



INPE 063061733

د. حنان انجويحة

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية
 دبلوم الجودة من جامعة باريس 6
 الكيمياء الحيوانية السريرية - علم الهرمونات - علم الدم البيولوجي
 علوم البكتيريات و الفيروسات - علوم الطفيلييات و الفطريات الطبية

Enfant ATTOUG Nour

Né(e) le : 27-07-2020

N° de dossier : 2011120067

Prescripteur : Dr FOUSSI MOUNIA,
 DEROUA

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme : NFS

Cytométrie en flux / Impédance

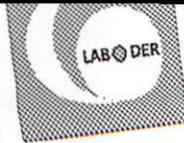
Résultat en fonction du sexe et de l'âge du patient

Leucocytes :	8,26	$10^3/\mu\text{L}$	(6,60–16,20)
Hématies :	4,08	$10^6/\mu\text{L}$	(3,10–4,75)
Hémoglobine :	11,6	g/dL	(9,4–13,4)
Hématocrite :	34,0	%	(28,0–40,5)
VGM :	83,3	fL	(76,0–103,0)
TCMH :	28,4	pg	(24,5–33,0)
CCMH :	34,1	g/dL	(29,5–35,0)
Polynucléaires Neutrophiles :	25,2	%	
Soit:	2,08	$10^3/\mu\text{L}$	(1,30–8,30)
Polynucléaires Eosinophiles :	5,6	%	
Soit:	0,46	$10^3/\mu\text{L}$	(0,05–0,85)
Polynucléaires Basophiles :	0,5	%	
Soit:	0,04	$10^3/\mu\text{L}$	(<0,20)
Lymphocytes :	57,7	%	
Soit:	4,77	$10^3/\mu\text{L}$	(3,00–12,20)
Monocytes:	11,0	%	
Soit:	0,91	$10^3/\mu\text{L}$	(0,25–1,70)
Plaquettes :	370	$10^3/\mu\text{L}$	(240–550)



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA

Lotissement ELWAHDA 2 – N°252 - (Près du Centre de Santé) - DEROUA -
Tél : 05 22 51 49 09 - Fax : 05 22 51 45 35 - E-mail : laboratoire.deroua@gmail.com
Patente n° 55807051 - RC n° 19424 - CNSS n°4296100 - Identifiant fiscal n° 15218409
ICE : 001850656000092 – RIB : 190794212114231562003984

**FACTURE N° : 000034286**

ICE : 001850656000092
INPE : 063061733

Deroua le 12-11-2020

Enfant Nour ATTOUG



Demande N° 2011120067
Date de l'examen : 12-11-2020

Analyses :

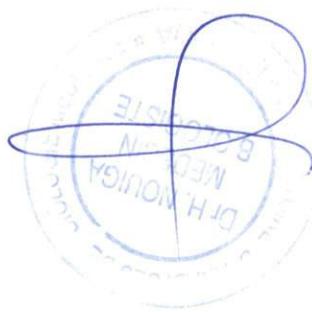
Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B7.5	B	10.05 MAI
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAI
				Total 117.25 MAI

Total des B : 87.5

TOTAL DOSSIER : 90DH

Type du règlement : Espèces

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirhams



MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Crème

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

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 MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 pour cent, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le :

- des mycoses de la peau ou des organes (aux champignons) surinfectées bactériennes,
- dermatite séborrhéique légère à moyen degré.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 pour cent, crème ?

Contre-indications

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 pour cent, crème dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit,
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

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

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales
Faites attention avec MYCOSTER 1 pour cent, crème :

Précautions d'emploi

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidose: il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

NE PAS HESITER A DEMANDER
MEDECIN OU DE VOTRE PHARMA-

MYCOSTER 1%
CREME 10G

P.P.V : 45DH20



6 118000 011118

utres médicaments
'autres médicaments

avez pris récemment un autre
ou un médicament obtenu sans
en à votre médecin ou à votre
pharmacien.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse - allaitement

PER.:06/2019

IXOR® (Oméprazole)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés effervescents dosés à 20 mg en boîte de 7, 14 et 28
- Comprimés effervescents dosés à 10 mg en boîte de 7, 14 et 28

COMPOSITION QUALITATIVE

Comprimé effervescent à 20 mg

Oméprazole 20 mg

Excipient : qsp 1 comprimé effervescent

Comprimé effervescent à 10 mg

Oméprazole 10 mg

Excipient : qsp 1 comprimé effervescent

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Adultes :

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'Hélicobacter pylori en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux Hélicobacter pylori néoatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-cesophagien
- Cesophagite érosive par reflux gastro-cesophagien
- Traitement d'entretien des cesophagites par reflux gastro-cesophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les médicaments
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements nécessitant un risque pour le système digestif

Enfant à partir de 1 an :

Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la cause

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Kétoconazole, Itraconazole : diminution de l'absorption et de l'efficacité intragastrique par l'Oméprazole.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS EN SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN CONSULTATION AVEC VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole est contre-indiquée.

- Allaitement : en raison du passage dans le lait, il est recommandé de ne pas allaiter pendant le traitement. Il est toujours préférable de demander l'avis d'un pharmacien.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET CONNU

- Aspartam
- Sodium : en cas de régime désodé
- IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de lactose
- IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de lactose

POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

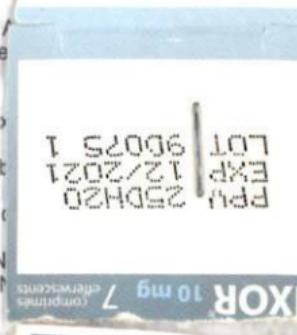
Adulte :

1 - Posologie :

- Eradication de l'Hélicobacter pylori : 1 comprimé effervescent à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescent à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.

- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 semaines.

- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.



tation du pH

, SIGNALEZ
VOTRE

necessary.

EMENT DE
OM
Exc
effe

Cet
d'O

POSO
Se cor