

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.

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° W19-582111

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13139 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ATTOUN IMMOBILIER
 Date de naissance : 05/10/81
 Adresse : Attoung Agmail, com
 Tél. : 06 62 72 8722 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 NOV 2020
 Nom et prénom du malade : Attoung IMMOBILIER
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : hématoxémie

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
12/11/2026	1006	2	200,000	INP : 267861190 mail: mounizfouississ@gmail.com Deroua, Teli 0622 61 19 88 de la Résistance, El Wahda I, N 98

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/2026	70,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

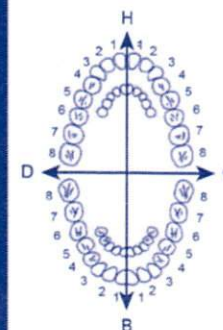
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/11/2026	80,89,5	90,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

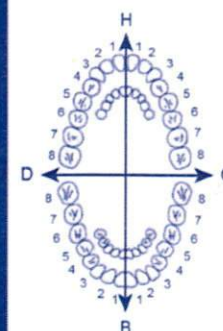
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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. الفويسسي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقببة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

Age : 12 NOV 2020

Age :

Poids :

Nom : Attoug Nour

25.2
1 I m
u r.2
2 - mycoster
3/4 1
1 app
3 m
21
3 m
20.4



DR. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98
Deroua, Tél.: 05 22 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.FOUISSI MOUNIA

Pédiatre

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



د. الفويصي مونية

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

Age : 12 NOV 2020

Age :

Poids :

Nom : Attag Noun

NFS + 20

DR. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua. Tél: 05 22 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 NOUGA

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale
D.U. Qualité Biologie Médicale - Paris VI
Biochimie clinique - Hormonologie - Immunologie
Hématologie Biologique - Bactériologie médicale
Virologie médicale - Parasitologie - Mycologie

د. حنان انويثة

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية
دبلوم الجودة من جامعة باريس 6
الكيمياء الحيوية السريرية - علم الهرمونات - علم الدم البيولوجي
علوم البكتيريا و الفيروسات - علوم الطفيليات و الفطريات الطبية

Saisi le : 12-11-2020 12:55

Prélevé le : 12-11-2020 13:16
au labo

Edité le : 12-11-2020 à 13:42

2011120067



INPE 063061733

Enfant ATTOUG Nour

Né(e) le : 27-07-2020

N° de dossier : 2011120067

Prescripteur : Dr FOUISSI 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 /μL	(6,60-16,20)
Hématies :	4,08	10 ⁶ /μL	(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 /μL	(1,30-8,30)
Polynucléaires Eosinophiles :	5,6	%	
Soit:	0,46	10 ³ /μL	(0,05-0,85)
Polynucléaires Basophiles :	0,5	%	
Soit:	0,04	10 ³ /μL	(<0,20)
Lymphocytes :	57,7	%	
Soit:	4,77	10 ³ /μL	(3,00-12,20)
Monocytes:	11,0	%	
Soit:	0,91	10 ³ /μL	(0,25-1,70)
Plaquettes :	370	10 ³ /μL	(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 :

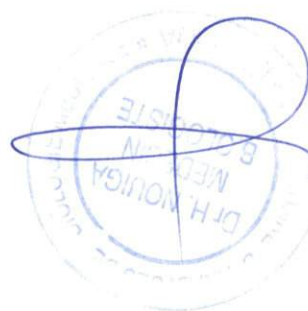
Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B7.5	B	10.05 MAI
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAI
Total				117.25 MAI

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

Veillez 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 ongles (dus aux champignons) surinfectées bactériennes,
- dermatite séborrhéique légère à modérée.

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.

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

NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN OU DE VOTRE MEDECIN.

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



6

autres médicaments
autres médicaments

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

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement
Grossesse - allaitement

IXOR® (Oméprazole)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés effervescent dosés à 20 mg en boîte de 7, 14 et 28
- Comprimés effervescent 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'*Helicobacter pylori* en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux *Helicobacter pylori* négatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Œsophagite érosive par reflux gastro-œsophagien
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements à risque pour lesquels le traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux

PRECAUTIONS D'EMPLOI

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

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

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS EN CAS D'UTILISATION SIMULTANEE, SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN PARALLÈLE AVEC UN PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole est déconseillée.

- Allaitement : en raison du passage dans le lait maternel, l'oméprazole est déconseillé.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL EST RECOMMANDÉ DE CONSULTER UN MÉDECIN.

TOUJOURS DEMANDER L'AVIS D'UN MÉDICAMENTAIRE.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET

- Aspartam

- Sodium : en cas de régime désodant

• IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium

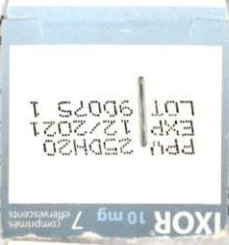
• IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium

POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Adulte :

1 - Posologie :

- Eradication de l'*Helicobacter 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.



risque pour

ation du pH

, SIGNELEZ

OU A VOTRE

nécessaire.

F.

FEMENT DE

D'UTILISER

FO

OM

Exc

effe

Cet

d'O

POS

Se cor