

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- 0024982

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1124 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENNANI NAIDA
 Date de naissance : 1949 G. SABONCT
 Adresse : 50 W PALMERIE BOULVAR CALIFORNIA TANGH
 Tél. : 0661 22 39 54 Total des frais engagés : 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 : Insuffisance rénale chronique

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 : Le : 08 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0024982

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

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
8.02.2023	C		250 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/2/23	383,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08.02.2023	Echographie vmeix des Membres fixes	800 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

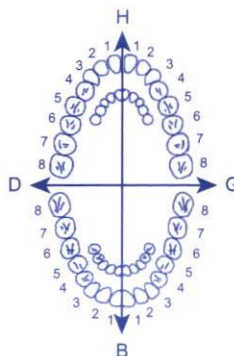
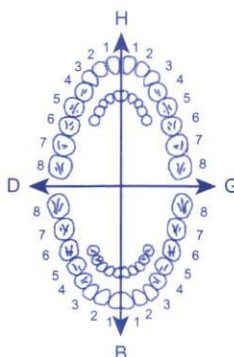
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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

Dr. Ahlam BOUZAROUATA

Spécialiste en Chirurgie Vasculaire

Lauréate de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie Med V RABAT

Ancien interne du CHU Ibn Sina-Rabat

Diplôme Universitaire de Phlébologie

à l'Université Paris-Sorbonne France

Diplôme Universitaire des Techniques

endoveineuses Laser et Radiofréquence

à l'Université Paris-Sorbonne France

Echodoppler Vasculaire

Sclérothérapie - Laser Exoveineux



الدكتورة أحلام بوزرواطة

اختصاصية في جراحة الشرايين بطنجة

خريجة كلية الطب والصيدلة محمد الخامس - بالرباط

طبيبة داخلية بالمركز الإستشفائي ابن سينا الرباط سابقا

دبلوم جامعي في علم الأوردة بجامعة باريس-سوربون فرنسا

دبلوم جامعي لتقنيات علاج الدوالي بالليزر

و أشعة التردد الصوتي بجامعة باريس-سوربون فرنسا

فحص صدى الشرايين والأوردة

تذويب الأوردة - ليزر

Tanger, le 01/21/2023 طنجة, في

M^{me} NATHA Pennau

① Doflm 1000

S.V

20100

1000

S.V

8250

②

vene xyl

1000

1000

S.V

10000

③

ke hum

1000

1000

38350



Dr. Ahlam BOUZAROUATA
Specialist in Vascular Surgery
Ain Ktiouet Rue Mahatma Ghandi
Res. SMIR N°2 - Tanger
Tel: 0539 335 7110661 417 165



Ain Ktiouet Rue Mahatma Ghandi
Résidence SMIR N°2 - TANGER



Fixe : 05 39 33 57 11
Mobile : 06 61 41 71 66



bouzarouata.ahlam@gmail.com

عين قطيوط حي مهاتما غاندي

إقامة سمير رقم 2 - طنجة



* VIGNETTE

KETUM 2,5 % gel
tube doseur de 120g
PPV 100 DH

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

109S2G

KETUM® 2,5 %

Kétoprofène
Gel.Tube doseur

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autre personnes, il pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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.

1. Qu'est ce que KETUM® 2,5% gel et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser KETUM® 2,5% gel ?
3. Comment utiliser KETUM® 2,5% gel ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver KETUM® 2,5% gel ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST CE QUE KETUM® 2,5% GEL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : anti-inflammatoire non stéroïdien en topique, code ATC : M02AA10.
Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien: le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), et de courte durée:

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de varices.

2. QU'ELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER KETUM® 2,5% gel

N'utilisez jamais KETUM® 2,5% gel en cas de :

VENOXYL

GEL

VF73 0925

LOT PER

Prix 82-50

COMPOSITION :

- Aqua
- Alcohol denat
- Carbomer
- Arachis Hypogaea
- Menthol
- Triethanolamine
- Benzophénone 4
- CI 42090-
- CI 19140

PROPRIETES :

VENOXYL GEL, grâce à l'originalité de ses actions synergiques, lutte efficacement contre :

- * lourdeur et pesanteur des jambes
- * Sensation de chaleur des jambes
- * Mauvaise circulation

VENOXYL GEL par son action décongestionnante apporte aux jambes fatiguées une sensation immédiate de fraîcheur, hydrate et redonne élasticité à la peau.

CONSEILS D'UTILISATION :

- * Prendre une noix de **VENOXYL GEL** pour chaque jambe dans le creux de votre main
- * Etaler **VENOXYL GEL** en remontant de la cheville à la cuisse jusqu'à absorption complète du produit
- * Pour un meilleur résultat, il est recommandé d'appliquer **VENOXYL GEL** 2 fois par jour
- * Convient à tous les types de peaux
- * Ne tâche pas.

PRECAUTION D'EMPLOI :

- * Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 30 mois.

PRESENTATION :

Tube de 40 ml

USAGE EXTERNE

LABORATOIRES



CARILENE

LABORATOIRES CARILENE

7, RUE du CHANT DES OISEAUX

78360 MONTESSON

FRANCE

daflon

Comprimé pelliculé

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

201,00

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

QUE CONTIENT CETTE NOTICE ?

1. Qu'est-ce que DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?

3. Comment prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : VASCULOPROTECTEURS/MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LES CAPILLAIRES/BIOFLAVONOÏDES - code ATC : C05CA53

Ce médicament est un veinotonique (il augmente le tonus des veines) et un vasculoprotecteur (il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins).

Ce médicament est préconisé dans le traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.

Si les troubles hémorroïdaires ne cèdent pas en 15 jours, il est indispensable de consulter votre médecin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Ne prenez jamais DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique à la fraction flavonoïque purifiée micronisée ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Daflon 1000 mg, comprimé pelliculé

Enfants

Sans objet

AUTRES MÉDICAMENTS ET DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ AVEC DES ALIMENTS ET BOISSONS

Sans objet

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Daflon pendant la grossesse.

Allaitement :

En l'absence de données sur le passage du médicament dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.

CONDUITE DE VÉHICULES ET UTILISATION DE MACHINES

Sans objet

DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ CONTIENT

Sans objet

3. COMMENT PRENDRE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Insuffisance veineuse : 1 comprimé par jour au moment du repas.

Dans la crise hémorroïdaire : la posologie est de 3 comprimés par jour pendant 4 jours, puis 2 comprimés par jour pendant les 3 jours suivants au moment des repas.

Si vous avez pris plus de DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Les données concernant le surdosage avec Daflon sont limitées mais les symptômes rapportés incluent diarrhée, nausée, douleur abdominale, prurit et rash.

Si vous oubliez de prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé :

Sans objet

Si vous arrêtez de prendre DAFLON 1000 mg, comprimé pelliculé :

Sans objet

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

La fréquence des effets indésirables possibles listés ci-dessous est définie en utilisant le système suivant :

• **Très fréquent** (affecte plus de 1 utilisateur sur 10)

• **fréquent** (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 100)

• **peu fréquent** (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 1 000)

• **rare** (affecte 1 à 10 utilisateurs sur 10 000)

• **très rare** (affecte moins de 1 utilisateur sur 10 000)

• **fréquence inconnue** (les données disponibles ne permettent pas d'estimer la fréquence)

Ils peuvent inclure :

• **Fréquent :** diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement.

• **Peu fréquent :** colite.

• **Rare :** sensations vertigineuses, céphalées, malaise, rash, prurit, urticaire.

• **Fréquence inconnue :** douleur abdominale, œdème isolé du visage, des paupières, des lèvres. Exceptionnellement, œdème de Quincke.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament

5. COMMENT CONSERVER DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Ne jetez aucun médicament au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

CE QUE CONTIENT DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

• Les substances actives sont :

Fraction flavonoïque purifiée micronisée.....1000,000 mg

Correspondant à :

Diosmine 90 pour cent.....900,000 mg

Flavonoides exprimés en hespéridine 10 pour cent.....100,000 mg

Humidité moyenne.....40,000 mg

Pour un comprimé pelliculé

• Les autres composants sont :

Carboxyméthylamidon sodique, cellulose microcristalline, gélatine, stéarate de magnésium, talc.

Pellicule : dioxyde de titane (E171), glycérol, laurylsulfate de sodium, macrogol 6000, hypromellose, oxyde de fer jaune (E172), oxyde de fer rouge (E172), stéarate de magnésium.

QU'EST-CE QUE DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ET CONTENU DE L'EMBALLAGE

EXTERIEUR ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimé pelliculé. Boîtes de 15 et 30 comprimés pelliculés.

Conseil d'éducation sanitaire :

Troubles de la circulation

Évitez de rester assis ou debout trop longtemps, surélevez légèrement les pieds de votre lit.

Évitez l'exposition au soleil et à la chaleur.

Veillez à avoir une alimentation saine et équilibrée et à pratiquer une activité physique régulière (marche à pied, vélo, ...), évitez l'excès de poids.

Évitez les vêtements trop serrés, le port de chaussettes ou de bas de contention ainsi que doucher ses jambes avec de l'eau favorisant la circulation sanguine.

Hémorroïdes

Buvez 1,5 à 2L d'eau par jour, consommez des aliments

à forte teneur en fibres afin d'éviter la constipation

(Fruits, légumes verts, céréales complètes)

Évitez les graisses, le café, l'alcool et les aliments épicés.

Faites de l'exercice régulièrement pour stimuler le flux sanguin, évitez de porter des objets trop lourds.

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : janvier 2019

INPMEPEL 10/19



SERVIER MAROC
Im. ZEVACO, Lot FATH 4
Bd Abdelhadi BOLTALEB
20180 Casablanca

FACTURE

Date	Tanger le	08/02/2023
Facturée à	Bennani naima	
Acte	Echo doppler veineux des membres inferieur	
Montant	800 Dh	
Payé	Chèque / espèce	

Dz. AHAM BOUZAROUTA
Specialist c.v. Chirurgie vasculaire
Ain Krouet Rd. 19 20000 Sidi
Rd. Sidi 19 20000 Sidi
Tel: 0539 335 711/0601 417 166



MME NAIMA BeNNANI

8/2/2023

ECHODOPPLER VEINEUX

DES MEMBRES INFERIEURS

COMPTE RENDU :

- **Système veineux profond:**

- le système veineux profond est de paroi souple, il est perméable et continent.

- **Système veineux superficiel :**

Membre inférieur droit:

- La grande veine saphène : elle a un calibre de 5,8mm au niveau de la crosse. et de 3,4mm au niveau du tronc, continente.
- La petite veine saphène: elle a un calibre de 3,8mm au niveau de la crosse. et de 3,3mm au niveau du tronc, continente.

Membre inférieur gauche:

- La grande veine saphène : elle a un calibre de 5mm au niveau de la crosse. et de 3,5mm au niveau du tronc, continente.
- La petite veine saphène: elle est dilatée avec un calibre de 5,2mm au niveau de la crosse. et de 4mm au niveau du tronc, discrètement incontinente. On note également une discrète incontinence d'une perforante située au niveau du 1/3 moyen de la jambe à sa face latérale à l'origine de la varice cheminant sur la face latérale de la jambe homolatérale.

CONCLUSION: Discrète insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs intéressant principalement la petite veine saphène gauche et une perforante de la jambe homolatérale.

