

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-426829

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9917 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHARKI - O. MAR

Date de naissance : 15/5/1969

Adresse : Groupe G N° 10 NOUASSER

Tél. : 0661 19 1803

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/19

Nom et prénom du malade : BENCHARKI Fala

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : groupe G nouassere

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

BENCHARKI

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
31/12/19	Consultation	1	300 Mds	INP : 0 9 1 1 1 1 1 1 1 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/19	247.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/03/19	ECHO NAMAIRE	509.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

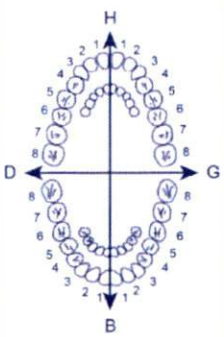
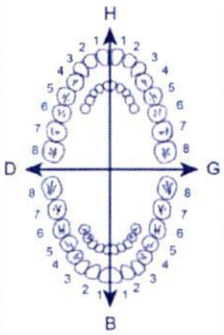
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE
LES IRIS

مصححة الزيريس

Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie

URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24 مستعجلات أمراض النساء و الولادة

de 08.19

N° Ben Felou

Dr. Fatma MOUSSALI
Gynécologue - Obstétricienne
Tél: 05 22 39 25 30 / 31 / 32

115.00

1/ Aclawis 18616

33.90 150cl x 2/

2/ Propanol 4.5

99.00 150 x 3/

3/ Ode 4.5

247.90

PHARMACIE ZIRAOU
Dr. HRICKI Maria
25 Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca
Tél: 07 06 89 90 19

Dr. Fatma MOUSSALI
Gynécologue - Obstétricienne
Tél: 05 22 39 25 30 / 31 / 32

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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.

ne donnez jamais à quelqu'un
ait lui être nocif.

marquez un effet indésirable
ou à votre pharmacien.

LOT 181032
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

ettes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

Profenid® 50 mg

Kétoprofène

sanofi aventis

33,90



de cette notice avant de prendre ce médicament.

importantes sur votre traitement.

vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou

sellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas
pourrait lui être nocif.

avoir besoin de la relire.

PROFENID® 50 mg, gélule.

b) Composition :

Kétoprofène 50 mg.

Excipients : lactose, stéarate de magnésium, oxyde de fer jaune (E 172), dioxyde de titane (E 171), gélatine, pour une gélule.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Gélule. Boîte de 24.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STEROÏDIENS

(M : Muscle et Squelette).

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène.

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères.

- en traitement de courte durée de :

- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaule douloureuse aiguë),
- certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,

ACLAV®

Amoxicilline + Acide clavulanique

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

أكلاف
أموكسيسيلين + حامض كلافولانيك

LOT : 4408
PER : 07-21
P.P.V : 115DH00

125/14
كيسا

ACLAV	ACLAV	ACLAV ENFANT	ACLAV
25mg 12 sachets 14 sachets 16 sachets 24 sachets	500mg/62,5mg -Boîte de 12 sachets -Boîte de 16 sachets -Boîte de 24 sachets	100mg/12,5mg/1ml Flacon de 60 ml	Nourrisson 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 30 ml
1g	500 mg	6 g	3 g
5 mg	62,5 mg	750 mg	375 mg
q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	q.s.p 10,30 g de poudre	q.s.p 5,15 g de poudre

β-lactamines, du groupe des aminopénicillines.
et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de β-lactamases.

germes reconnus sensibles, notamment dans :
infectives.

autres formes de sinusites.

Les angines récurrentes, otites chroniques.

Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.

Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.

Les pneumopathies aiguës du patient à risque.

Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.

Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.

Les parodontites.

Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.

Traitement de relais de la voie injectable.

Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.

Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des β-lactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartame)

-Relatives :

Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g / 125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)

Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie

URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24 مستعجلات أمراض النساء و الولادة

Le 03.08.15

Dr FACHOUR Faïma

Dr. Faïma MOUSSALLI
Gynécologue - Obstétricienne
11, Rue Ghali Ahinich, ex Berthelot
Tél: 0522 27 80 00 - 0522 27 68 11
Casablanca

Etiopysse mernisse

Absces du sein droit
avec ADP axillaire

Dr. Faïma MOUSSALLI
Gynécologue - Obstétricienne
11, Rue Ghali Ahinich, ex Berthelot
Tél: 0522 27 80 00 - 0522 27 68 11
Casablanca

F A C T U R E

N° de l'admission : 19000331 N° Facture 19000434 Date facturation : 11/09/2019
Nom et prénom du patient : **FATIMA BENCHERKI**
Convention : **PAYANT**
Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 04/09/2019 Sortie: 11/09/2019

PRESTATIONS		nombre	prix unitaire	montant
	ECHO MAMMAIRE	1.00	500.00	500.00
			sous-total	500.00
arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cents dirhams			total :	500.00
Immatriculation :				
N° prise en charge :				

Notre compte bancaire :

Dr. A.BELHOUCINE

Radiologue diagnostic et interventionnel
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille

Ancien P.H. des hôpitaux de France CASABLANCA, le 04 Septembre 2019

NOM DU PATIENT : BENCHERKI FATIMA

MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR MOUSALI Fatna

EXAMEN (S) REALISE(S) : ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE.

Résultats :

- Mise en évidence d'une importante hypertrophie des structures glandulaires en rapport avec le post-partum (patiente en phase d'allaitement).
- Mise en évidence d'une image chère peaux échogènes diffuses dans la jonction des quadrants inférieurs et péri aréolaire du côté droit dépassant les **5 cm**, sans image de collection notable.
- Cette image, est également, visible au niveau du côté péri aréolaire, inférieure du côté gauche et mesure aux alentours de **35 mm**.
- Ces anomalies, échographiques, sont en faveur d'un abcès en phase pré-suppurative.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : DR BELHOUCINE

A. BELHOUCINE
Radiologue
Ancien P.H. des Hôpitaux
de France
Tél : 091018788