

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

## ditions 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.

## diologie 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.

## cique :

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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467

Société : RAM

MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUIMEN BRAHIM

Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : n°14 lot 100 HARES HAY Moulay Rachid

CASAB

Tél. : 0664941231

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés. Mawrid 4 Angle Bd. Abdelloumen  
et Bd. Anoual - Casablanca

Date de consultation : / / Tél. 05 22 98 41 16

08/09/2020

Nom et prénom du malade :

Moumen Brahim Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Constipation temporaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

et fl. dommages

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 : 8/9/2020

Signature de l'adhérent(e) :

jet

# Déclaration de Maladie

Nº P19- 052543

ND: 39374

### 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
08/03/2020	Consult	c.2	200.00	Dr. BENNIS Khalid PROCTOLANGE MEDICO-CHIRURGICALE HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE PROCTOLANGE MEDICO-CHIRURGICALE Rés. Mawlid 4 Angle Bd Abdessoumen et Bd. Anoual Casablanca Tél 05 22 98 41 16
20/03/2020	Chambre 630	4.30	200.00 400.00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/2020	
	09/09/2020	512.00
	20/09/2020	

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

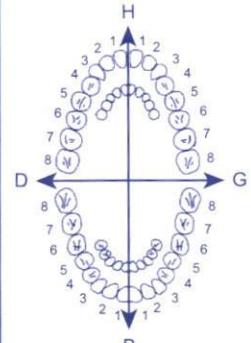
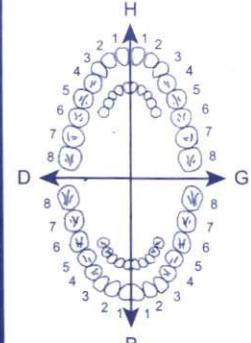
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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														
																	
																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553															
D	00000000	00000000															
B	00000000	11433553															
G																	
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																	
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																	
<b>DATE DU DEVIS</b>																	
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BENNIS Khalid**

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale

Diplômé de la Faculté de Médecine d'ANGERS et de PARIS

Diplôme d'Echographie Abdominale - Paris

Diplôme de Proctologie Médico-Chirurgicale - Paris (Saint Louis)

Membre de la Société Française de Colo-Proctologie

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

**الدكتور بن尼斯 خالد**

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والبواسير

خريج كلية الطب بأنجي وباريس

شهادة التشخيص بالمنظار الباطني (باريس)

شهادة التشخيص في أمراض وجراحة المخرج (باريس)

عضو الجمعية الفرنسية في أمراض المخرج والمصارين

عضو الجمعية الفرنسية في الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca, le ..... 28/09/2020.

Maureen Bruneau

(73.50x5)

Forlax

(5 boutons)

SV

2 à 3 sachet;

3 حبة

grude sans d'am.

32.50.

metformin 500

SV

w;

ml. tres

112.00

Oxiflor 200

SV

w;

ml. tres

T = 512.00



Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd. Anoual - Casablanca  
Tél. 05 22 98 41 16

# METROZAL®

Métronidazole

Comprimés 250 mg et 500 mg

# METROZAL®

Métronidazole 500mg

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH

6 118000 190967

45x20x100  
7

## FORMES & PRÉSENTATIONS :

- Comprimés 250 mg - Boîte de 20.

- Comprimés 500 mg - Boîte de 20.

## COMPOSITION :

### METROZAL® 250 mg

Métronidazole base. 250 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

### METROZAL® 500 mg

Métronidazole base. 500 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

## PROPRIÉTÉS :

Le métronidazole est un antibiotique dérivé de la famille des nitro-5 imidazoles doué d'une double activité :

Bactéricide puissant sur les bactéries anaérobies strictes.

Parasitaire à l'égard de trichomonas vaginalis, giarda intestinalis et entamoeba histolytica.

## INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles :

- Amibiasis.

- Trichomonases urogénitales.

- Vaginites non spécifiques.

- Lambliases.

- Traitement curatif des infections médicochirurgicales à germes anaérobies sensibles.

- Relais des traitements curatifs par voie injectable des infections à germes anaérobies sensibles.

**Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.**

## CONTRE-INDICATIONS :

### Absolues :

1- Hypersensibilité aux imidazoles ou antécédent d'allergie au métronidazole, ou à l'un des autres constituants de METROZAL®.

### Relatives :

- Disulfirame ou alcool.

## POSÉOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Se conformer strictement à la prescription médicale.

### Amibiase :

**Adultes : 1,5 g par jour, en 3 prises.**

**Enfants de plus de 6 ans : 30 à 40 mg/kg/jour, en 3 prises.**

Dès l'apparition de symptômes hépatiques, au stade abcédatoire, évacuer l'abcès conjointement au traitement par le métronidazole.

La durée du traitement est de 7 jours consécutifs.

### Trichomonase :

**Chez la femme** (urétrites et vaginites à trichomonas), de préférence, traitement mixte :

- 500 mg par jour en deux prises pendant 10 jours + 1 ovule par jour, ou

- traitement à dose unique de 2 g en 1 seule prise (4 comprimés 500 mg).

Que le partenaire présente ou non des signes cliniques d'inestation à trichomonas vaginalis, il doit être traité concurremment, même en cas d'une réponse négative du laboratoire.

**Chez l'homme** (urétrites à trichomonas) : 500 mg en deux prises matin et soir pendant 10 jours.

Très exceptionnellement, il peut être nécessaire d'augmenter la dose journalière à 750 mg ou à 1 g.

### Lambliase :

**Adultes : 750 mg à 1 g par jour pendant 5 jours consécutifs.**

### Enfants :

5 à 10 ans : 375 mg/jour (à partir de 6 ans pour les comprimés à 250 mg).

10 à 15 ans : 500 mg/jour.

### Vaginites non spécifiques :

500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours.

Un traitement simultané du partenaire doit être pratiqué.

**Traitement d'infestation à germes anaérobies (en première intention ou en traitement de relais) :**

**Adultes : 1 à 1,5 g par jour.**

**Enfants de plus de 6 ans : 20 à 30 mg/kg/jour.**

**EN CAS DE COMPLICATIONS, PREVENIR VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.**

**MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

### Mises en garde :

- Eviter les boissons alcoolisées et les médicaments contenant de l'alcool.

- Interrrompre le traitement en cas d'ataxie, de vertiges, de confusion mentale.

- Tenir compte du risque d'aggravation de l'état neurologique chez les malades atteints d'affections neurologiques centrales et périphériques sévères, chroniques ou évolutives.

- L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption à glucose ou au galactose (maladies héréditaires rares).

### Précautions d'emploi :

- En cas d'antécédents de troubles hématologiques, de traitement à forte dose et/ou de traitement prolongé, il est recommandé de pratiquer régulièrement des examens sanguins, particulièrement le contrôle de la formule leucocytaire.

- En cas de leucopénie, l'opportunité de la poursuite du traitement dépend de la gravité de l'infection.

- En cas de traitement prolongé, surveiller l'apparition de signes évocateurs d'effet indésirable à type de neuropathie centrale ou périphérique (paresthesies, ataxie, vertiges, crises convulsives).

- L'attention est attirée chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines sur les possibilités de vertiges attachées à ce médicament.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Pendant la grossesse, METROZAL® ne peut être administré qu'en cas de nécessité.

En cas de grossesse, l'usage de METROZAL® est déconseillé en raison de son passage dans le lait maternel.

**EN CAS DE DOUCE OU DE COMPLICATIONS, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**METROZAL® EST UN MEDICAMENT : NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.**

### EFFECTS INDÉSIRABLES :

- Troubles digestifs bénins (douleurs épigastriques, nausées, vomissements, diarrhée).

- Glossite avec sensation de sécheresse de la bouche, stomatite, goût métallique, anorexie.

- Exceptionnellement, pancréatite, réversible à l'arrêt du traitement.

- Bouffées congestives, prurit, éruption cutanée parfois fébrile.

- Urticaïe, cédème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.

- Déphébie, névralgies sensitives périphériques, convulsions, vertiges, ataxie.

- Très rarement neutropénie, agranulocytose et thrombopénie.

*Divers : Apparition d'une coloration brun-rougeâtre des urines due à la présence de pigments hydrosolubles provenant du métabolisme du produit.*

**TOUT AUTRE EFFET NON SOUHAITÉ QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE DOIT ÊTRE SIGNALÉ AU MEDECIN OU AU PHARMACIEN.**

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

#### Déconseillées :

- Alcool : évitez la prise de boissons alcoolisées.

- Disulfirame.

- Fluoro-uracile.

**Nécessitant des précautions d'emploi :**

- Les anticoagulants oraux : Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de l'INR. Adaptation de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par le métronidazole et 8 jours après son arrêt.

#### A prendre en compte :

- Fluoro-uracile.

- Le métronidazole peut immobiliser les tréponèmes et donc faussement positiver un test de Nelson.

**IL EXISTE D'AUTRES FORMES DE METROZAL® :**

- Suspension buvable. - Ovules 500 mg.

### DELIVRANCE :

*Liste I - Délivrée uniquement sur ordonnance.*

**METROZAL® 250 mg - Bte de 20 : AMM N°: 287/15DMDP/21/NRQ**

**METROZAL® 500 mg - Bte de 20 : AMM N°: 288/15DMDP/21/NRQ**

*Révision : Janvier 2016*

CE ST PRF

# OXIFLOR®

(Ofloxacin)

OXIFLOR

PPV 1120H

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 10 et 20 comprimés dosés à 200 mg d'ofloxacin

## COMPOSITION

Ofloxacin .....

Excipient : amidon de maïs, povidone, stéarate de magnésium, crospovidone, lactose .....

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibiotique de la famille des quinolones.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

- Infections urinaires hautes et basses, aiguës ou chroniques
- Infections prostatiques
- Infections gynécologiques
- Infections gastro-intestinales et hépatobiliaires
- Infections ostéo-articulaires
- Infections bronchopulmonaires
- Infections ORL (sinusites chroniques, poussées de surinfection des otites chroniques, préparation pré-opératoire)
- Septicémies

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Antécédent de tendinopathie avec une fluoroquinolone
- Hypersensibilité à l'ofloxacin ou à un produit de la famille des quinolones
- Epilepsie
- Déficit en G6PD
- Grossesse et allaitement, sauf avis contraire du médecin traitant (Cf. Grossesse et allaitement)
- Chez l'enfant jusqu'à la fin de la période de croissance
- Intolérance au lactose, en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

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

## MISES EN GARDE

- Eviter l'exposition au soleil et aux rayonnements ultraviolets pendant la durée du traitement en raison du risque de photosensibilisation
- Tendinites : l'apparition de signes de tendinite demande un arrêt du traitement, la mise au repos des deux tendons d'Achille, et un avis en milieu spécialisé.

La rupture du tendon d'Achille semble être favorisée par l'âge (sujets âgés) et par la corticothérapie au long cours.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Prévenez votre médecin en cas de :

- Antécédents de convulsions ou de myasthénie
- Gonflement du tendon d'Achille.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Macrogol 4000

# forlax<sup>®</sup> 10g

10 g, p

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de donner ce médicament à votre enfant.

- 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.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- 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.

## Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que FORLAX et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre FORLAX ?
3. Comment prendre FORLAX ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver FORLAX ?
6. Informations supplémentaires.

## 1 QU'EST-CE QUE FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet ET DANS QUEL CAS

maphar  
Zi Zerata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73,50 DH



6118001181193

LOT : P19710  
Exp : 08/2022

maphar  
Zi Zerata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73,50 DH



6118001181193

LOT : P19710  
Exp : 08/2022

maphar  
Zi Zerata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73,50 DH



6118001181193

LOT : P19710  
Exp : 08/2022

Prise ou utilisation d'autres médicaments  
Si vous prenez

# Docteur BENNIS Khalid

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Diplômé de la Faculté de Médecine d'ANGERS et de PARIS

Diplôme d'Echographie Abdominale - paris

Diplômé de Proctologie Médico-Chirurgicale - Paris (Saint Louis)

Membre de la Société Française de Colo-Proctologie

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Moumen Benni

Casablanca, le ..... 08/09/2010

Facture

z 2009 n

Echographie (k30)

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual - Casablanca  
Tél 05 22 98 41 16

Résidence " AL Mawlid 4 " Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual  
2eme Etage " A24 " - CASABLANCA - Tél. : 05.22.98.41.16

DOCTEUR BENNIS KHALID

SPECIALISTE en Hépato-Gastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Diplômé de la Faculté de Médecine d'ANGERS et de PARIS

Diplômé d'Échographie Abdominale Paris

Diplôme de Proctologie Médico-Chirurgicale Paris (St Louis)

Membre de la Société Française de Colo-Proctologie

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

08/09/2020

**MOUMEN Brahim**

### Clinique

RECIDIVE DE COLIQUES SOURDES AVEC DIARRHEE LIQUIDIENNE SUR CONSTIPATION TERMINALE.

### Examen

Foie de taille normale (FH= 11 cm), d'échostructure homogène et de contours réguliers.

Absence de syndrome de masse; absence de dilatation des VBIH.

TP de calibre normal ( 8 mm).VBP fine ( 2 mm).

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Pancréas normal et homogène dans son ensemble.

Absence d'adénopathies profondes.

Aspect moucheté du cadre colique avec dilatation des anses gréliques pelviennes.

Rate homogène, de taille normale (grand axe de 8 cm).

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.Présence d'un calcul rénal gauche (10 mm).

Vessie et prostate normales.

### Conclusion

CALCUL RENAL GAUCHE CALICIEL (10 mm).

ANSES GRELIQUES PELVIENNES DILATEES EN FAVEUR DE GASTRO-ENTERITE.

Dr. BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO - ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO - CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd. Anoual - Casablanca  
Tél 05 22 98 41 16