

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.

tique :

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

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° P19- 064358

NID 45747

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6480 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHODARI, FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.45.74.19.01 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 :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	00000000	35533411		11433553		Montant des soins
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
00000000	D	00000000														
35533411		11433553														
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
attestant le devis _____ Vies et cachet du praticien		attestant l'exécution _____														

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0066722	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



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

P 17 / 0066722

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent _____
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances _____			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
08 SEP. 2020			
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
168,20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B450	495,00 D		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Cachet MUPRAS			

PHARMACIE IBN ROUCHD
 Mehdi BELAYACHI
 355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa
 Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

MEDICALES EL
 Docteur TARIK Joud
 16 Av Joulane Sid
 Tél: 0522 37 07 06

Dr. RIFKY AHMED

Diplôme Universitaire en Diabétologie - Montpellier
Certificat Européen en Nutrition & environnement Santé
Certificat Universitaire en Echographie
Ex. Médecin Chef de Services de Santé à Casa - Anfa
Spécialiste en Médecine de Travail - Rennes



الدكتور رفقي أحمد

دبلوم جامعي في داء السكري - مونتيلييه
شهادة أوروبية في التغذية والحمية
شهادة الفحص بالصدى
مليبيب رئيسي سابقا بمصالح صحية - البيضاء - أنفا
متخصص في طب الشغل

Casablanca le :

18 SEP. 2020

168,20 DATNA K...

1. Moutazim M. (S.V.)

1 - 1 - 1

1/10/10

PHARMACIE IBN ROUCHD

Mehdi BELAYACHI

355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa

Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

2. Eshie R...

2011

10/10

2. Eshie R...

2. Eshie R...

Dr. RIFKY AHMED
80, Bd. Dr. Moulazim Mohamed
Bouafi - Casablanca
Tél: 05 22 55 11 55



AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre p

buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/625 mg ADULTES, com

Amoxicilline/Acide clavulanique

Dénomination du médicament

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à un de vos proches) et vous ne devez jamais le donner à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous présentez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

EST-IL UTI
AVANT DE

LS ?

EST-IL U

responsabl
clavulan
qui peuvent
tiques) em

es aux g
soit inject
de l'infect

AVANT D
la médicat
suspension b
nce à certain

né pelliculé :

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
16 sachets



6 118000 160182

PPV: 168,20 DH
LOT: 644104
PER: 09/21

Le fait d'être allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (cf. rubrique 6).

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère lors de la prise d'un antibiotique.

→ **Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations ci-dessus.** En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

Faites attention avec AUGMENTIN :

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de :

- souffrir de mononucléose infectieuse,
- être traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection. Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent de celui du médicament.

Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer notamment des réactions allergiques, des convulsions et une anémie. Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains effets indésirables. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière ».

Tests sanguins et urinaires

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges, hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devez informer votre médecin ou votre infirmière (ier) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN peut modifier les résultats de ces types de tests.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament,

• القيء

• الإسهال (إحدى الأمثلة).

الآثار الجانبية قليلة الشيوع :

يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 100 :

• طفح جلدي، حكة؛

• طفح جلدي بارز مع حكة (شرى).

• عسر الهضم؛

• دوار؛

• صداع الرأس.

الآثار الجانبية قليلة الشيوع التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم :

• ارتفاع معدل بعض المواد (الإنزيمات) التي ينتجها الكبد.

الآثار الجانبية الشائعة :

يمكن أن تظهر لدى أقل من شخص واحد من أصل 1000 :

• طفح جلدي، يمكن أن تتكون منه تجمعات تشبه بقعا صغيرة (نقطة سوداء مرئية) وحولها حلقة داكنة؛ حملي (عند النساء).

• إذا ظهرت عليك هذه الأعراض، فلتصل طبيبك على وجه الاستعجال.

الآثار الجانبية النادرة التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم :

• انخفاض عدد الخلايا التي تساهم في تخثر الدم (الصفيحات)؛

• انخفاض عدد الكريات البيضاء.

آثار جانبية أخرى :

يمكن أن تحدث آثار جانبية خطيرة لدى عدد ضئيل من الأشخاص إلا أن ثقلها

(5)

(أعراض)

يحيط بالتهاب السحايا (التهاب السحايا).

وتؤثر على الجلد، لاسيما حول الفم والأنف والعيون.

شكل من الطفح أكثر حدة تسبب في انفصال جلد.

(6)

ألمحة تجمعات صغيرة تحتوي على قيح (التهاب).

كامل تحت الجلد وتجمعات (نثر منشوي).

ألم، فلتصل طبيبك على الفور.

مع معدل البilirubin في الدم (وهي مادة ينتجها الكبد).

من العين.

الذين يتناولون جرعات مرتفعة من أو فستق أو زيت.

(التأثير)

(الطفح)، ويختفي عموما عند فرش الأسنان.

يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم أو البول :

• في عدد الكريات البيضاء.

• انخفاض عدد الكريات الحمراء (فقر الدم الانحلالي)؛

• بلورات في البول.

إذا ظهرت عليك آثار جانبية :

• إذا أصبح أحد الآثار الجانبية حاداً أو مزعجاً، أو إذا ظهر عليك أثر جانبي جديد، فلتصل طبيبك على الفور.

• تحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي.

التصريح بالآثار الجانبية :

إذا أحسست بأي أثر جانبي، فلتصل طبيبك أو الصيدلي. وينطبق هذا

غير المذكور في هذه النشرة الدوائية.

5.

كيف يمكن حفظ أوغمنتين ؟

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية :

لا ينبغي استخدام أوغمنتين بعد تاريخ الصلاحية المذكور على العبوة.

شروط الحفظ :

يحفظ بعيداً عن الرطوبة وفي حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

تحذيرات خاصة :

لا ينبغي رمي الأدوية في شبكة المجاري أو مع النفايات المنزلية. استشر الصيدلي

غير المستخدمة. فقد تساعد هذه النفايات في حماية البيئة.

6.

معلومات إضافية :

ما الذي يحتوي عليه أوغمنتين 125/1 ملغ للتكميل، مسعوق لتعطيل قنابل للش

N200814-01



Dr. RIFKY AHMED

Diplôme universitaire en Diabétologie - Montpellier
Certificat Européen en Nutrition et Environnement Santé
Certificat Universitaire en Échographie
Ex. Médecin Chef de Services de Santé à Casa-Anfa
Spécialiste en Médecine de Travail - Rennes



الدكتور رفقي أحمد

دبلوم جامعي في داء السكري - مونبلييه
شهادة أوربية في التغذية و الحمية
شهادة الفحص بالصدى
طبيب رئيسي سابقا بمصالح صحية البيضاء-أنفا
متخصص في طب الشغل

08 SEP. 2020

[Handwritten signatures and notes in blue ink]

*LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOUL-ANE
DOCTEUR Tarik Jorach
S. 30x 5 AV. Mohamed Sidi Slimane
Tél : 05 22 38 05 30*

Dr. RIFKY AHMED
180, Bd. Dr. Moulazim Mohamed
Bouafi - Casablanca
Tél.: 05 22 55 11 55

180. شارع الدكتور الملازم محمد بوافي-درب الكدية-الدار البيضاء

180, Bd. Dr. Moulazim Mohamed BOUAFI - Derb El Koudia - Casablanca

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحليلات الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

DUPLICATA

Prélèvement du : 09/09/2020
Edition du : 26/10/2020
Référence: 0III40223

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. RIFKY A

EXAMENS DES URINES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : Trouble
- Couleur..... : Jaune
- Culot..... : Important

CHIMIE

- Albumine..... : Traces
- Sucre..... : Néant
- Corps cétoniques..... : Néant
- Sang..... : +
- PH..... : 6.0

CYTOLOGIE

- Leucocytes..... : 2200 Elts/mm3 (V.N : < 10/mm3)
- Hématies..... : 32 Elts/mm3
- Cellules épithéliales. : Rares
- Cristaux..... : Néant
- Cylindres..... : Néant
- Parasites..... : Néant
- Levures..... : Néant

CULTURE ET IDENTIFICATION

- DENOMBREMENT DE GERMES..... : > 100.000 germes/ml
- COLORATION DE GRAM..... : Nombreux bacilles Gram (-)
- CULTURES..... : Isolement et identification d'un :
ESCHERICHIA-COLI

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16 Av Joulane Sidi Othmane
Tel: 05 22 38 05 30

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحليلات الطبية

Dur

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 09/09/2020

Edition du : 26/10/2020

Référence: 0III40223

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. RIFKY A

ANTIBIOGRAMME

Nature du prélèvement..... : E.C.B.U

Germe isolé..... : ESCHERICHIA-COLI

D.C.I

DENOMINATION COMMERCIALE

PENICILLINES :

Ampicilline (Totapen)..... : S
Amoxicilline (Amoxil-Clamox)..... : S
Amoxicilline+Ac.clavulanique (Augmentin)..... : S
Imipénèm (Tienam)..... :

CEPHALOSPORINES :

Céfalotine (Kéflin)..... : S
Cefazoline (Kefzol)..... : S
Céfuroxime (Zinnat)..... : S
Céfotaxime (Claforan)..... :
Ceftriaxone (Rocéphine)..... : S
Ceftazidime (Fortum)..... : S
Céfixime (Oroken)..... : S

AMINOSIDES :

Gentamycine. (Gentalline)..... : S
Tobramycine (Nebcine)..... : S
Amikacine (Amiklin)..... : S

QUINOLONES :

Acide nalidixique (Negram)..... :
Ciprofloxacine (Ciproxine , Spectrum)..... : R
Norfloxacine (Noroxine)..... : R

SULFAMIDES ASSOCIES :

Trimethoprine Sulfamethoxazole (Bactrim) : S

POLYPEPTIDES :

Colistine (Colimycine)..... : R

FOSFOMYCINE :

Fosfomycine (Fosfocine)..... : S

NITROFURANTOINE :

Nitrofurantoin (Furadantine)..... :

S-sensible

I-intermédiaire

R-résistant

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16 Av. Joulane Sidi Othmane
Tel.: 05 22 38 05 30

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste



مختبر الجولان للتحليلات الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

DUPLICATE

Prélèvement du : 09/09/2020
Edition du : 26/10/2020
Référence: 0III40223

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. RIFKY A

EXAMENS DE SANG

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Hémoglobine Glyquée (HbA1c) : 9.8 (Tech:HPLC-Automate Tosoh G7)	%	(3.9 à 6.2)	10.2 (10/06/20)

IONOGRAMME SANGUIN

Sodium.....	: 144	mmol/l	(135 à 145)
Potassium.....	: 4.5	mmol/l	(3.5 à 5.1)
Chlore.....	: 108	mmol/l	(96 à 110)
Calcium.....	: 90	mg/l	(88 à 102)
Proteines Totales.....	: 78	g/l	(60 à 80)
Réserves Alcalines.....	: 20	mmol/l	(22 à 29)

EXAMENS DES URINES

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Diurèse..... (Sous réserve d'un bon recueil urinaire)	: 2000 ml/24h		
Protéinurie..... Soit: 448	: 224 mg/l mg/24h	(< 150)	

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16 Av Joulane Sidi Othmane
Tel.: 05 22 38 05 30

**LABORATOIRE EL JOULANE
D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



**مختبر الجولان
للتحليلات الطبية**

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Facture n° 123360

CASABLANCA LE : 09/09/2020

Analyses effectuées le: 09/09/2020

Pour.....: **Mme KHOUDARI FATNA**

Sur prescription du: Dr RIFKY A

Code.....: 04IB7318



Organisme.....:

Bilan:

HBA1C=B100 IONO=B200 PROTU=B30 CBU=B120

Cotation : (B 450)

Montant Net : 495.00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **495.00 Dhs**

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
Bloc 16 Av. El Joulane Sidi Othmane
20 28 00 00