

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 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-667438



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

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule **M365**

Société : **R.A.M**

Optique

Autres

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : **ANASS BENZAIDOUNE**

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667207844**

Total des frais engagés : **164593** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **SENTIER Chirurgien Urologue**

19, Bd. Ibn Sina - Casablanca
Tél: 0522 38 97 85
INPE: 091185884

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Cherif NEFELI** Age : **57**

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 fournis dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



17 JUIN 2023

Le :

R ACCUEIL

I. BOUZACHANE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/03/23	C S	C 3	300,00 Ddh. 5	Dr. SENTISSI Mohamed chirurgien Urologue 19, Bd. Ibn Sina Casablanca Tél: 0522 36 97 85 INPE: 091185884

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. HARTMUTH MAYER - GLEICHNER PHARMACEUTIR	11/3/23	299,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

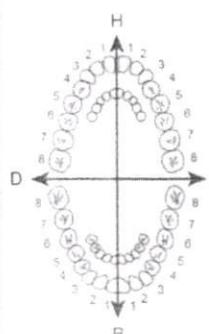
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Enseignement, formation, évaluation

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>  [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Fadwa TAGHY
Radiologue

- IRM (sur rdv)
- Scanner Multibarrettes
- Angio-scanner
- Coloscopie virtuelle
- Dentascanner
- Radiologie Générale
- Echographie
- Echo Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Mammographie Numerique
- Panoramique Dentaire Numerique

Casablanca, le 11/03/2023

Facture N° 646/2023

Nom patient : MR BENZAIDOUNE ANASS

Examen(s) réalisé(s) :

UROSCANNER

Montant Total: 1500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Mille Cinq Cents Dirhams

Règlement : Espèce

Dr. FADWA TAGHY
Radiologue
Radiologie Ziraoui
220, Boulevard Ziraoui Casablanca
Tél. : 0522 20 62 36
Ice: 002234846000013

Dr SENTISSI MOHAMMED REDA
CHIRURGIEN UROLOGUE
INP : 091185884
IF : 40150771
PATENTE : 35801670

Casa, Le 11/03/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom : BENZAIDOUNE

Prénom : ANASSE

CONSULTATION : 3 00 ,00 Dhs

ECHOGRAPHIE : 3 00 ,00 Dhs

copie en deux

TOTAL 6 00 ,00 Dhs

Arrêtée la présente note à la somme de SIX cent dirhams.

Dr. SENTISSI Mohamed Reua
Chirurgien Urologue
19, Bd. Ibn Sina - Casablanca
Tél: 0522 38 97 85
INPE: 091185884

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue - Andrologue



الدكتور

محمد رضا السنطissi
جراح المسالك البولية و التناسلية

Ordonnance

Casablanca le : الدار البيضاء في
11/03/23

MR BENZAIDOUNE ANASS

Uroscanner sans injection

Hydronephrose minime droite

Dr. SENTISSI Mohamed Reda
Chirurgien Urologue
19, Bd. Ibn Sina - Casablanca
Tél: 0522.36.97.85
INPE: 091185884

Dr. LAUNA TAGHY
Radiologie
Radiologie Ziraoui
Boulevard Ziraoui Casablanca
220. Tél : 0522.20.62.36
INPE: 091185884

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue - Andrologue



الدكتور

محمد رضا السنطissi
جراح المسالك البولية و التناسلية

Ordonnance

Casablanca le : الدار البيضاء في 11/03/23

MR BENZAIDOUNE ANASS

~~10.90~~
Profenid 100mg



~~22.20~~
1cp*2/j au milieu repas

~~22.20~~
Codoliprane



~~52.80~~
1cp ttes les 6h si dl

~~52.80~~
Oedes 20mg



~~153.30~~
1cp le matin pdt 5j

~~153.30~~
Permixon 160



~~153.30~~
2gell/j le soir pdt 15j

Dr. SENTISSI Mohamed Reda
Chirurgien Urologue
19, Bd. Ibn Sina - Casablanca
Tél: 0522.36.97.85
INPE: 091185884

INPE
091185884
19, Bd. Ibn Sina - Casablanca
Tél: 0522.36.97.85

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

PPV: 22DH20

PER: 01/25

LOT: M149

Codoliprane

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables

Miné de terre, povidone, pour un comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



OEDES® 20 mg

Microgranules gastrorésistants en gélule (Oméprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. 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.

OEDES®
oméprazole



20 mg
Viale arate

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

annant à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la

chez tous le monde.

LOT 211488
EXP 03/2024
PPV 52.80DH

Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

• les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). OEDES® 20 mg peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

• un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg :

• le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

• Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents :

• les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

5. Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement :

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

Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

Posologie :

Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous:

Utilisation chez les adultes :

Traitements des symptômes du reflux gastro-œsophagien tels que brûlures et régurgitation acide.

Si votre médecin constate que votre ressouffrage a été légèrement

gazeuse, un jus de fruit légèrement ananas) ou dans de la compote de

• Toujours remuer juste avant de sera pas homogène). Puis boire les 30 minutes.

• Pour s'assurer que vous avez le verre avec un demi-verre d'eau contiennent le médicament, ne pas

6. Contre-indications :

Ne prenez jamais OEDES® 20 mg

• si vous êtes allergique à l'un des composants contenus dans OEDES®

• si vous êtes allergique à un autre

• Jaunisse, urines foncées et fatigue d'une maladie du foie.

Les autres effets indésirables sont Effets indésirables fréquents personne sur 10)

• Maux de tête.

• Effets sur l'estomac ou l'intestin constipation, flatulence.

• Nausées ou vomissements.

• Polypes bénins dans l'estomac.

Effets indésirables peu fréquents personne sur 100)

• Gonflement des pieds et des chevilles.

• Troubles du sommeil (insomnie).

• Étourdissements, fourmillements.

• Vertiges.

• Modifications des résultats de fonctionnement de votre foie.

• Eruptions cutanées, urticaire et érythème.

• Malaise général, manque d'énergie.

Effets indésirables rares (peuvent sur 1000)

• Troubles sanguins tels qu'une déshydratation, des éruptions cutanées, des plaquettes. Ces faiblesses, des ecchymoses ou faciliter la saignement.

• Réactions allergiques, parfois très graves, tels que des lèvres, de la langue et de la gencive.

• Diminution du taux de sodium provoquer une faiblesse, des vomissements et des diarrées.

• Agitation, confusion ou dépression.

• Troubles du goût.

Profenid® 100mg

Kétoprofène

Co

Fl

Ve
m
p
•

Profenid® 100 mg

Kétoprofène

30 comprimés pelliculés

• votre p

• Ce m
donnei
même

• Si voi
votre m
effet inu
Voir rut

LOT : 22E017
PER : 05/2022

**PROFENID 100MG
CP PEL B30**

P.P.V : 70DH90


6 118000 060802

Ne le
cif,
vôtre.
ez-en à
si à tout
notice.

1. QU'EST-CE QUE PROFENID 100 MG, COMPRIMÉ PELLICULE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STEROIDIENS. - Code ATC : M01AE03. (M : Muscle et Squelette).

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé contient du kétoprofène. Ce médicament appartient à une famille appelée les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Ces médicaments sont utilisés notamment pour diminuer l'inflammation et calmer la douleur.

Indications thérapeutiques

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé est destiné à l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans.

Ce médicament est utilisé pour soulager les symptômes :

- En traitement long :
 - Dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (inflammations des articulations),
 - Dans certaines arthroses douloureuses et invalidantes (usure du cartilage entraînant des douleurs dans les articulations et gênant les mouvements) ;
 - En traitement court dans les crises douloureuses qui touchent :
 - Les structures du pourtour des articulations (tendinite, bursite, périarthrites),
 - Les articulations (en cas d'arthrites microcristallines ou d'arthroses),
 - Le bas du dos (lombalgies),
 - En cas d'inflammation d'un nerf (par exemple en cas de sciatique),
 - Dans certains cas, après un traumatisme.

Permixon 160 mg

GÉLULE

Extrait lipidique d'^β-stérolique de Serenoa repens

Permixon 160 mg

BOÎTE DE 30 GÉLULES

153,30

153,30

2 G 1/12

371-5

AS EST-IL UTILISÉ ?
LES INFORMATIONS A
VANT DE PRENDRE PERMIXON

PRENDRE PERMIXON 160 mg,

LES EFFETS INDESIRABLES

SERVER PERMIXON 160 mg,

SUPPLEMENTAIRES

DE PERMIXON 160 mg, gélule

CAS EST-IL UTILISÉ ?

MENTS UTILISES DANS
BENIGNE DE LA PROSTATE.
préconisé dans le traitement
de la miction (émission
hypertrophie (augmentation de
rate).

LES INFORMATIONS A
VANT DE PRENDRE PERMIXON

PERMIXON 160 mg, gélule

nt :

rgie à l'un des constituants de

DEMANDER L'AVIS DE Votre PHARMACIEN.

Faites attention avec PERMIXON
Mises en garde

La prise de ce médicament peut cause de nausées.

L'utilisation de ce médicament doit être dispensé d'une surveillance de la prostate chez votre médecin. Une gélule ne peut se substituer à une autre lorsque celui-ci est indisponible.

NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.

Précautions d'emploi

La prise de ce médicament peut être la cause de nausées.

EN CAS DE DOUCE, IL EST

DEMANDER L'AVIS DE Votre PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autre médicament

Si vous prenez ou avez pris un autre médicament, y compris un médicament sans ordonnance, parlez-en à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre

CENTRE D'EXPLORATION UROLOGIQUE ROMANDIE

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI
Chirurgien Urologue – Andrologue



الدكتور
محمد رضا السنطissi
جراح المسالك البولية و التنافسية

MR BENZAIDOUNE ANASS

CASABLANCA LE : 11/03/23

Compte Rendu échographie rénale et vésicale

Le rein droit bien différencié de taille normale dilatation des cavités pyelocalicielles minime sans image de calcul

Le rein gauche bien différencié de taille normale pas de dilatation des cavités pyelocalicielles sans image de calcul

*La vessie : Semi pleine a contenu anéchogène a paroi fine, sans formation endoluminale,
Prostate de taille augmentée régulière homogène estimée à 45g*

Dr. SENTISSI Mohamed
Chirurgien Urologue
19 Bd. Ibn Sina, Casablanca
Tel: 0522.36.97.85
INPE: 091185884

19, Bd avicenne - Casablanca - Email:med.reda.sentissi@gmail.com

Fixe : 0522.36.97.85 - Gsm : 0661.06.56.71

Dr Fadwa TAGHY
Radiologue

- **IRM (sur rdv)**
- **Scanner Multibarrettes**
- **Angio-scanner**
- **Coloscopie virtuelle**
- **Dentascanner**
- **Radiologie Générale**
- **Echographie**
- **Echo Doppler**
- **Radiologie Interventionnelle**
- **Mammographie Numerique**
- **Panoramique Dentaire Numerique**

Cabinet de Radiologie Ziraoui
220 boulevard Ziraoui - Casablanca
Tél/Fax : 0522.206.236
Gsm : 06 45 15 54 15
radiologieziraoui@gmail.com
<http://www.radiologieziraoui.com>
I.F. : 34409333
I.C.E. : 002234646000013

CABINET DE RADIOLOGIE ZIRAOUI

عيادة طبية زيراوي

Casablanca, le 11/03/2023

Patient : MR BENZAIDOUNE ANASS
Prescripteur: DR SENTISSI MOHAMED REDA

URO-SCANNER

INDICATION :

50 ans, hydronéphrose droite.

TECHNIQUE :

Acquisition volumique millimétrique abdomino-pelvienne sans injection de produit de contraste avec reconstructions MPR et 3D.

RESULTAT :

Le rein droit est de taille normale, mesurant 11,5 cm de grand diamètre, de densité homogène, de contours réguliers, siège d'une dilatation minime pyélique sans obstacle lithiasique notable.

Le rein gauche est de taille normale, mesurant 11 cm de grand diamètre, de contours réguliers, de densité homogène, sans lithiase ni dilatation des cavités excrétrices notable.

Absence de lithiase urinaire.

Vessie en semi-réplétion, homogène, à paroi régulière.

Hypertrophie prostatique modérée de 35 g

Par ailleurs, foie, rate, surrénales et pancréas sans anomalies notables.

Absence d'épaississement digestif notable.

Absence d'adénopathies ou d'épanchement.

Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION :

Hydronéphrose droite minime.

Absence de lithiase urinaire.

Uroscanner ne révélant pas d'anomalie par ailleurs

Avec mes sincères salutations

Dr TAGHY.F
RADIOLOGIE ZIRAOUI
220 Boulevard Ziraoui
Tél: 05 22 20 62 38
CE: 002234646000013
Casablanca