

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0020240

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL
Date de naissance : 13.11.1956
Adresse : 8 Rue Mansour 9.H. CASA
Tél. : 0668592927 Total des frais engagés : 915,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 11 / 2023
Nom et prénom du malade : BENZEKRI Othmane Age : 68 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CAS 4 Le : 28 / 11 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/11/23 | a | 1 | 9 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. Mohamed El Moutaouali
Chirurgien Dentiste
24 Rue El Mousssi Bourgoine
Tél : 05 22 741 17 / 21 54 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien ou du Possesseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 28.11.23 | 315,30 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PHARMACIE HAY AZZOUINE
3, Rue 4 Hay Azzouine
Hay-Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 41 53 01

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 28-11-23 | ect te de ch | 6000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CLINIQUE BADI
35 Rue 4 Hay Azzouine
Hay-Mohammadi - Casablanca
Tél : 05 22 49 28 01 / 05 22 41 53 01

AUXILIAIRES MEDICAUX

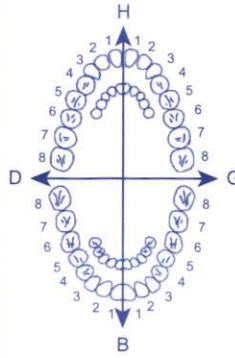
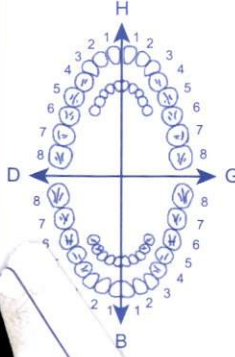
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 <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> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | G | | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

données
de l'Horloge



REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR :

CASABLANCA Le :

28/11/23

Dr. Benzehi

141,20
141,60
24,50
132,100
315,30

Cerox - 50 : 1 Ca 21
Doliprane : 1 Ca 31
Sparfon : 1 Ca 31
No VEX 40 : 1 Ca 31



PHARMACIE HAY AZZEDDINE
3, Rue 4 Hay Azzeddine
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél 05 22 62 53 01

URGENCES 24/24



Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
Rue El Aloussi, Bourgogne - Casablanca
Tél 05 22 27 41 17

Spasfon® 80 mg Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol



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

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou 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. Voir rubrique 4.
- 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 **SPASFON®**, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?
3. Comment prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **SPASFON®**, comprimé enrobé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

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

Grossesse

L'utilisation de ce médicament, ne doit envisagée au cours de la grossesse qu'à la nécessité.

Allaitement

L'administration de ce médicament déconseillée chez la femme qui allaite.

Conduite de véhicules et utilisation machines

SPASFON® n'a aucun effet ou qu'un négligeable sur l'aptitude à conduire véhicules et à utiliser des machines.

SPASFON®, comprimé enrobé contient lactose, du saccharose et de l'amidon de blé :

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament. Ce médicament contient une très faible teneur en gluten (provenant de l'amidon de blé). Il est considéré comme « sans gluten » et est donc peu susceptible d'entraîner des problèmes en cas de maladie cœliaque. Un comprimé ne contient pas plus de 2,4 microgramme de gluten. Si vous avez une allergie au blé (différente de la maladie cœliaque), vous ne devez pas prendre ce médicament.

3. Comment prendre **SPASFON®**, comprimé enrobé ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice, ou les indications de votre médecin.

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

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils

27/50



Spasfon®
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

Contribuez à votre sécurité sur la sécurité du médicament.

Ceroxim
(Céfuroxime)

patients présentant une intolérance au saccharose (maladie rare).

Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable
PARACÉTAMOL

Veillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.

Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la teneur en sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments peuvent contenir du paracétamol. Afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée, lisez attentivement les notices de tous les médicaments que vous prenez.

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

PPV 14 DH 60
PER 07 / 26
LOT M 2 5 4 2



Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

8 comprimés effervescentiels sécables



6 118000 640361

AMM N° 41/19/ DMP/21/NRQDNM

Novex®

2000 UI
4000 UI
6000 UI
8000 UI
10000 UI



132,00



Novex®
4000 UI anti-Xa/0,4 ml
Remboursement AMO
2 seringues pré-remplies de solution injectable
AMM N° 22/2020/DMP/21/NRQDMM
9698 118000 021896

Enoxaparine sodique

Solution injectable en seringue préremplie

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

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 NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISES ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?
3. COMMENT UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISES ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTI-THROMBOTIQUES.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est un anticoagulant de la famille des héparines dites de choc, acide moléculaire. Il prévient la formation d'une thrombose (caillot dans une veine ou une artère) et évite la récurrence.

Casablanca, le 28/11/2023

Nom et prénom : BENZEKRI OTHMANE

ECHO-DOPPLER TESTICULAIRE

- Les deux testicules présentent une taille normale de façon bilatérale

A droite : 46,7 x 23 x 31,8mm

A gauche : 46,5 x 21,5 x 32,8mm

De même les mesures des épидидymes sont normales de façon bilatérale.

- L'échostructure des deux testicules est normale, homogène de façon bilatérale et symétrique, avec bonne vascularisation au doppler couleur.
- L'épaisseur du scrotum est normale.
- Pas de formation kystique. Petit épanchement liquidien intra scrotal à droite.
- A signaler la présence d'un aspect de demi-spire de torsion à proximité de la tête épидидymaire droite: torsion incomplète ou torsion d'Hydatide de Morgagni.

Conclusion :

Aspect de demi-spire de torsion à proximité de la tête épидидymaire droite : torsion testiculaire incomplète ou torsion d'Hydatide de Morgagni ? Le testicule droit est par ailleurs de morphologie et de vascularisation artérielle et veineuse respectées.

Une confrontation aux données opératoires est recommandée.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr. BERRADA


CLINIQUE BADR
35 Rue El Alloussi Bourgogne
Casablanca - Tel : 05 22 49 28 00
05 22 49 23 80 / 81 / 82 / 83 / 84 / 85

Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

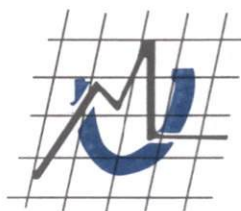
Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires

Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle

Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Chef de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 28/11/23 : الدار البيضاء في

م. ب. Benzekri

Echoua

M'hamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
24 Rue El Alloussi - Bourgogne - CASA
Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com



F A C T U R E

N° 202 310 404 / 2023 du 28/11/2023

| | | | |
|-----------------|------------------|------------|------------|
| Nom patient | BENZEKRI OTHMANE | Entrée | Sortie |
| | | 28/11/2023 | 28/11/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| ECHOGRAPHIE (citm) | 1,00 | TEST | 600,00 | 600,00 |
| | | | Sous-Total | 600,00 |
| Total prestations externes | | | | 600,00 |

| | | |
|---|---------------|--------|
| | Total général | 600,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | |
| SIX CENTS DIRHAMS | | |

| | | | |
|-----------------|---------|----------------|-------|
| | Espèces | Total encaissé | Solde |
| Encaissements | 600,00 | 600,00 | 0,00 |
| Droit de timbre | 1,50 | | |

Clinique BADR
35 Rue EL ALLOUSSI Bourgogne
Casablanca
Tél: 05 22 49 28 00