

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.

Biologie 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.

Educational :

- 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.

Chirurgie :

- 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 ALQ :

- 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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0018518

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3098 Société : 89417
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUHMADA Abdelaziz
 Date de naissance : 30/09/1947
 Adresse : Résidence Attadamon Riad 64 EL OULFA
 Tél. : 0650397134 Total des frais engagés : 2802 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. BENNIS Khalid
 HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
 PROCTOLOGIE MEDICO - CHIRURGICALE
 Res. Mawla 4 Angle Bd Abdelmoumen
 et Bd Anoual - Casablanca
 Tél. 05 22 90 41 19
 Date de consultation : 06/10/2021
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : arthrose bilatérale hanche
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/10/2021 | consult | 200 | 200 | |
| 06/10/2021 | consult | 200 | 200 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 06/10/2021 | 2202,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'...

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---------------------------|---|------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | Coefficient des Travaux | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Brahmida Khadija

Duhalae 30 flac

Sino plus w

Snikrom

314
PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smitralda Elssasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

عضو الجمعية الفرنسية في الكشف بالموجات فوق الصوتية

05.22.98.41.16 : الهاف - الدار البيضاء - " 241 " الطابق الثاني شقة رقم " 24 " - Anoual 2e Etage "A 24 " - CASABLANCA

ذلك أيضا على أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة. كما يمكنك الإبلاغ عن التأثيرات غير المرغوب فيها مباشرة عبر النظام الوطني للتصريح.

بالإبلاغ عن التأثيرات غير المرغوب فيها، تساهم في تزويد المزيد من المعلومات عن سلامة الدواء.

5 كيف يجب حفظ دوفالاك 66.5% محلول للشرب في قارورة؟

يجب بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

لا تستعمل الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العبوة بعد عبارة EXP. يشير تاريخ انتهاء الصلاحية إلى آخر يوم في الشهر. يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. لا يوضع في الثلاجة (خطر التبلور).

يجب عدم رمي الأدوية في المجاري أو في النفايات المنزلية. استفسر لدى الصيدلي عن طريقة التخلص من الأدوية غير المستعملة. ستساهم هذه التدابير في حماية البيئة.

6 محتوى العبوة ومعلومات أخرى

على ماذا يحتوي دوفالاك 66.5% محلول للشرب في قارورة المادة الفعالة هي:

لاكتولوز 66.5 غ

على شكل لاكتولوز سائل

لكل 100 ملل من المحلول.

ما شكل دوفالاك 66.5% محلول للشرب في قارورة ومحتوى العبوة الخارجية

هذا الدواء على شكل محلول للشرب عديم اللون إلى أصفر شبه بني، لزج وصافى. هذا الدواء متوفر في قارورة 200 ملل.

آخر تاريخ تمت فيه مراجعة هذه النشرة: 19/09/2017.

طريقة الاستعمال

عن طريق الفم.

تناول الجرعات كل يوم في نفس الأوقات.

تناول الدواء بسرعة، دون الاحتفاظ به في الفم.

يمكن تناول دوفالاك 66.5% خالصا أو مذابا في مشروب.

مدة العلاج

تختلف مدة العلاج حسب الأعراض.

إذا تناولت دوفالاك 66.5% محلول للشرب في قارورة أكثر مما يجب:

في حالة جرعة مفرطة، قد يظهر إسهال أو آلام بطنية.

إذا تناولت دوفالاك أكثر مما يجب، استفسر الطبيب أو الصيدلي.

إذا كانت لديك أسئلة أخرى عن استعمال هذا الدواء، اطلب المزيد من

المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

4 ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

كمثل كافة الأدوية، قد يتسبب هذا الدواء في تأثيرات غير مرغوب فيها،

رغم أنها لا تظهر مباشرة لدى جميع الأشخاص.

تم الإبلاغ عن التأثيرات غير المرغوب فيها التالية:

• شائعة جدا (تصيب أكثر من 1 شخص من أصل 10 يستعملون هذا

الدواء)

– إسهال

• شائعة (تصيب إلى غاية 1 شخص من أصل 10 يستعملون هذا

الدواء)

– غازات (انتفاخ البطن)

– غثيان

– قيء

– ألم في البطن

• شائعة شيئا ما (تصيب إلى غاية 1 شخص من أصل 100

يستعملون هذا الدواء)

– اختلال توازن الشوارد الكهربائية بسبب الإسهال

قد يظهر انتفاخ البطن في بداية العلاج، وعامة ما يختفي بعد بضعة

أيام.

عند استعمال جرعات تفوق الجرعة المنصوح بها، قد تظهر آلام بطنية

واسهال.

إذا استعملت جرعات مرتفعة خلال فترة مطولة (عادة في حالة اعتلال

الدماغ الكبدى)، قد يخلل توازن الشوارد الكهربائية بسبب الإسهال.

التصريح عن التأثيرات الثانوية

إذا شعرت بأي تأثير غير مرغوب فيه، اطلب الطبيب أو الصيدلي، وينطبق

يب (لاكتوز)،

بات الاستعمال.

لشرب في قارورة؟

تعليمات الطبيب أو

الصيدلي.

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

معلومات أخرى

LOT : 21E003
PER : 09 2023
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V : 45DH40
6 118000 010494

LOT : 21E003
PER : 09 2023
DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V : 45DH40
6 118000 010494

طور أو في جرعتين في اليوم.

د بضعة أيام، وحسب استجابتك للعلاج، يمكن تكثيف جرعة التصدي بوج جرعة الصيانة. قد تتطلب عدة أيام (2 إلى 3) قبل تأثير العلاج. بدل الجرعة:

مطال والرضع

ضع من 0 إلى 12 شهر: إلى غاية 5 ملل في اليوم.

طفال من 1 إلى 6 سنوات: 5 إلى 10 ملل في اليوم.

طفال من 7 إلى 14 سنة:

علاج التصدي: 15 ملل في اليوم.

علاج الصيانة: 10 ملل في اليوم.

النفون والمراهقون:

علاج التصدي: 15 إلى 45 ملل في اليوم.

علاج الصيانة: 10 إلى 25 ملل في اليوم.

أظهر الإسهال، يجب خفض الجرعة.

استعمال لدى الأطفال والمراهقين

ي الرضع والأطفال، يجب أن يكون وصف دوفالاك استثنائيا، لأنه قد

على الوظيفة العادية لرد فعل التبرز.

يجب عدم استعمال دوفالاك لدى الأطفال (أقل من 14 سنة) دون

صفية الطبيب ودون مراقبة عن كثب.

ي المرضى المسنين والمصابين بقصور كلوي أو كبدي، ليس من

مضروي تكثيف الجرعة، لأن التعرض لمادة لاكتولوز طفيف.

تلال الدماغ الكبدى

ي جميع الأحوال، الجرعة المثالية هي التي تؤدي إلى برازين لينين في

يوم.

استعمال لدى البالغين: معدل الجرعة هو 15 إلى 30 ملل، 3 مرات

يوم.

الاستعمال لدى الأطفال والمراهقين: لا تتوفر أية معطيات لعلاج

طفال (المواليد الجدد إلى غاية 18 سنة) المصابين باعتلال الدماغ

كبدى.



Fabriqué sous licence par :
Maphar, Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, Ain Seba , Casablanca.

Docteur BENNIS Khalid

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

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

Brahimide khadja

Casablanca, le 06/10/2021

Facture

= 2000H

Echographie abdominale (K32)


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

2ème Etage N° "A 24" - CASABLANCA - Tél.: 05 22 98 41 16

Portable Cabinet : 06 65 04 25 69

DOCTEUR BENNIS KHALID

SPECIALISTE en Hépatogastroentérologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

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

Diplômé d'Echographie 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

06/10/2021

BOUHMIDA Khadija

Clinique

CIRRHOSE BILIAIRE SECONDAIRE.FATIGUE MODEREE SANS PRURIT.ATCD DE CHOLECYSTECTOMIE.

Examen

Foie de taille normale (FH= 12 cm), d'échostructure hyperéchogène et homogène et de contours réguliers.Absence d'ascite.

Dilatation importante localisée des VBIH .Absence d'ascite.Absence de cholangiocarcinome.

TP vu partiellement et semble thrombosé.VBP fine (2 mm).

Vésicule biliaire absente (cholécystectomisée).

Pancréas semble normal et homogène dans sa totalité.

Rate homogène, de taille normale (grand axe de 9 cm).

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Vessie et utérus normaux.

Conclusion

CHOLECYSTECTOMISEE

FOIE DE STEATOSE SANS GREFFE CHOLANGIOCARCINOMATEUSE.

DILATATION IMPORTANTE LOCALISEE DES VBIH SEQUELLAIRE.

Dr BENNIS Khalid
HEPATOGASTRO-ENTEROLOGIE
PROCTOLOGIE MEDICALE ET CHIRURGICALE
Rés Mawlid 4 - Casablanca
et Bd Anoual - Casablanca
Tél 05 22 98 41 16