

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.

Adresses Mails utiles

- D Réclamation : contact@mupras.com
- D Prise en charge : pec@mupras.com
- D 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 Alal Ben Abdelhach - 5ème Etage Angle Rue Murtazal Fakir et Rue Alal Ben Abdelhach - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LC) - Fax : 05 22 22 18 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-634432

74454

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8227 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLALI OMAR
 Date de naissance : 23/11/64
 Adresse :
 Tél : 0661967067 Total des frais payés : 1803,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : LAHLALI SHRINE
 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 : CASA Le : 15/06/21
 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
02/06/2021			GRATUIT	
02/06/2021			GRATUIT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant
	02/06/2021	803,53

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/06/2021	PS45	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03/06/2021					100,00
	04/06/2021					100,00
	05/06/2021					100,00
	06/06/2021					100,00

VISÉ ET ADHÉRENT

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21422552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11422553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	H	25533412	21422552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11422553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21422552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
25533411	11422553																	
B	B																	
			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



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

02/06/2021

LAHLALI SHIRANE

106,80 x 4
57,00 x 4

1/ TRIAXON 1g500 (S.V.)

en IV /

12h x 4j

49,80

2/ Flegyl 500mg (S.V.)

98,00

1er x 2j

+ 4j

3/ Alviryl 250 (S.V.)

2er x 2j

803,00

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKHREDJ Roukda

15-16 Rue Kergueran Résidence Anbar
Casablanca - Tél: 0522 79 79 01

15-16 Rue Kergueran Résidence Anbar - Bouabid (ex. Djerrad) - Oasis - Casablanca
Casablanca - Tél: 0522 235 075 - Fax: 0522 235 028 - E-mail: atfalclinique@gmail.com



FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) Dénomination :

FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé

b) Composition :

Métronidazole 500mg.
Excipients : amidon de blé, povidone K 30, stéarate de magnésium, hypromellose, macrogol 2000, pour un comprimé pelliculé.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé, boîte de 20.

d) Classe pharmacothérapeutique :

ANTIBIOTIQUES - ANTIBACTÉRIENS - ANTI-PROTISTAIRES de la famille des triazo-5-méthadiazoles.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

3. ATTENTION :

a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :
- allergie aux médicaments de la famille des imidazoles (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
- insuffisance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfiram ou l'alcool.
Certains alcoolisés, médicaments contenant du fentanyl, du cas de doute, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée en raison du risque de réaction à type de nausée, du vertige, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.
- Il convient d'intensifier le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.
- Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.
- La prise de ce comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant l'âge de 12 ans, car il peut avoir de graves effets.
- c) Précautions d'emploi :
 - En cas d'anticoagulation de troubles sanguins, de traitement à long terme ou de traitement prolongé, votre médecin peut être amené à contrôler régulièrement par des examens sanguins votre numération formule sanguine.

• En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (faiblesse, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :
Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, et notamment avec le disulfiram et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de l'épandémie) ; le métronidazole peut en effet fausserment positif un test de telon.

e) Grossesse - Allaitement :

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

En cas d'allaitement pendant la prise de ce médicament, il est recommandé de suspendre l'allaitement, car il existe un risque de transmission de la substance active à l'enfant. IL CONVIENT, AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

f) Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, attachés à l'emploi de ce médicament.

g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Amidon de blé (gluten).

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

a) Posologie :

- Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 12 ans. Chez l'enfant de moins de 12 ans, il existe des formes pharmaceutiques plus adaptées.
- La posologie dépend de l'âge et de l'indication thérapeutique.
- A titre indicatif, la posologie usuelle est :
 - chez l'adulte : de 9,750 g/jour à 2 g/jour,
 - chez l'enfant : 300 mg/jour à 20 - 40 mg/kg/jour.
- Dans certains cas, votre médecin doit être particulièrement attentif, qu'il s'agisse ou non de signes cliniques.
- DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

b) Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Coffee:

CONQUÊTE À TENIR EN CAS D'AMMISSION D'UNE

Coffee:

CONQUÊTE À TENIR EN CAS D'AMMISSION D'UNE

LOT/BATCH

الرقم الدفعة

FAB/MPF

مركز الإنتاج

EXP

تاريخ

تاريخ الصلاحية

● 90146

07-2020

07-2022 ●

STERIPHARMA
complément
alimentaire n'est pas
médicament

PPC:98,00 dh



3 546895 529723 >



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

02/06/2021

SHIRINE Lahkeli

CRP à faire
le lundi 07/06/2021

Dr. SARAH EL ANASSER
Urgence
CLINIQUE ATFAL
Tél: 0522 235 028



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Ben'siane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. LAZRAK

Nom et Prénom du Patient LAHLALI SHIRINE

Age 19/07/2021

Date du prélèvement 28/05/2021

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Elutérante appendiculaire
Appendice nécrasé purifié

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Partir

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- Frottis conventionnel : CBE : Endométrie ☐

J. LAZRAK FAYESS
Professeur Associé
CHIRURGIEN PÉDIATRE
Centre de Chirurgie Pédiatrique
Hôpital de l'Enfance - Constantine

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/06/2021

FACTURE N° : 21/06416

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **29/05/2021**

Pour **LAHLALI SHIRINE**

Sur ordonnance du : **Pr LAZRAK**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Bd. Zerkouni - 3^e étage, N° 25 - Casablanca
Tél. : 022 22 51 31 / 022 22 51 34 - Fax : 022 22 50 90
Email : labo_du_centre@yahoo.fr

HP LaserJet Pro MFP M127fn

Rapport err. télécopie

HPFAX

oct-23-2005 19:31

Tâche	Date	Heure	Type	Identification	Durée	Pages	Résultat
14594	10/23/2005	19:30:28	Réception		0:53	0	Aucune télécopie détectée

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 06-06-2021

Facture N° 06034/21

A. Identification

N° Dossier : ATF21F06133928

N° Identifiant : 002392/21

Nom & Prénom : Enf. LAHLALI SHIRINE

C.I.N :

Adresse : VILLA RAJA RUE GOLF D'ADEN AIN DIAB

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-06-2021

Date Sortie : 06-06-2021

Médecin traitant : DR. LAZRAK FAYSSAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 100,00

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 28

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 05-06-2021

Facture N° 05981/21

A. Identification

N° Dossier : ATF21F05125426

N° Identifiant : 002392/21

Nom & Prénom : Enf. LAHLALI SHIRINE

C.I.N :

Adresse : VILLA RAJA RUE GOLF D'ADEN AIN DIAB

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-06-2021

Date Sortie : 05-06-2021

Médecin traitant : DR. LAZRAK FAYSSAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						100,00

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
DASIS - Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 04-06-2021

Facture N° 05933/21

A. Identification

N° Dossier : ATF21F04132626

N° identifiant : 002392/21

Nom & Prénom : Enf. LAHLALI SHIRINE

C.I.N :

Adresse : VILLA RAJA RUE GOLF D'ADEN AIN DIAB

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-06-2021

Date Sortie : 04-06-2021

Médecin traitant : DR. LAZRAK FAYSSAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 100,00

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature





090003690

CASABLANCA Le : 03-06-2021

Facture N° 05884/21

A. Identification

N° Dossier : ATF21F03125025 N° Identifiant : 002392/21
Nom & Prénom : Enf. LAHLALI SHIRINE
C.I.N :
Adresse : VILLA RAJA RUE GOLF D'ADEN AIN DIAB

C. Débiteur

page 1 / 1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-06-2021
Date Sortie : 03-06-2021

Médecin traitant : DR. LAZRAK FAYSSAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						100,00

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18-Fax 0522 23 50 28



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 31/05/21

Nom & Prénom : LAHLALI SHIRINE
Sur ordonnance du : Pr LAZRAK
Réf. : 21H05558

Prélevé le : 28/05/21 et parvenu au laboratoire le : 29/05/21
Organe ou siège du prélèvement : Appendice
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 9 ans
Péritonite appendiculaire
Appendice nécrosé perforé

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce d'appendicectomie de 8,5 cm de long, de 0,7 cm de diamètre, recouverte de fausse membrane à la coupe la lumière est occupée par de fécalome.

A l'histologie, les coupes réalisées montrent une muqueuse largement ulcérée et remplacée par un infiltrat inflammatoire diffus aigu sans signe de spécificité évoluant sur un fond oedémato-congestif. Cet infiltrat désorganise le reste de la paroi jusqu'à la séreuse.

Conclusion : Panappendicite aiguë ulcérée avec réaction péritonéale.
Pas de malignité.

Dr. L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO - PATHOLOGIE
52, Boulevard Zerktouni
22 51 31 05 22