

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° P19- 053459

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11811 Société : Lo2255
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : EL Aouni Khouloud
Date de naissance : 01-10-1977
Adresse :
Tél. 0661182007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 05/11/24
Nom et prénom du malade : Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Cancer gynécologique
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) :

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.

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

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

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
05 11 24	G		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fabricant	Date	Montant de la Facture
	05 11 2021	433,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05 11 24	400 ECHA ENV	

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 :

Veillez 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 <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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL KHADIME Amina

'Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine
de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
أخريرة كلية الطب
ستراسبورغ (فرنسا)

PHARMACIE WATU
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Yerb Ghellaf - Casablanca
T. 41. 99. 99. 99

Casablanca, le: 05/11/20

El Aouf

1 choulou
27,170

- Chirurgie
Gynécologique

58 x fm 2 x 2 x 2 /

- Accouchement

168,20
Augmentation de

- Echographie

- Médecine foetale

2 x 57,00 x 2 x 21 ;

- Sénologie

Dignou 20

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

30,00 2 x 2 x 21 ;

- Hysteroscopie

Praxol 20

- Colposcopie

41,70 1 x 21 ;

52,30 Profenid. 20

433,70

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

Matkofer

K. 8 = 31;

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop at the top and a smaller loop at the bottom.

Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV : 30DH00
PER : 08/23
LOT : K827-3



Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

7 gélules

bottu[®]

82, Allée des Cassegraves - Ahn Sibilla - Carabanchel
S. Bascoche - Pharmacie Responsable

Microgrammes gastrorésistants

7 gélules

Voie orale

Composition :
Oméprazole.....20 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule.

AMM N° 80/16 DMP/21/NRQr

التركيبة :
أوميپرازول 20 ملغ
مكونات ك ك لبرشمة واحدة

104x78x16

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرصوا الجرعات المحددة

جدول من (LISTE II) (الفرقة II)





Proferid® 100mg
Kétoprofène



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A conserver à une température
inférieure ou égale à 25°C.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

Proferid® 100mg

12 Suppositoires



6 118000 060819

120X62x27

Proferid® 100mg
Kétoprofène

Voie rectale

12 Suppositoires

بروفيفيد®
كيتوبروفين

عن طريق المخرج

12 تحميلة



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.
يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى
الأطفال، تحت درجة حرارة
أقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.
افرزوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000



poudre pour suspension
 buvable en sachet



1g/125 mg

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 645198
PER: 05/22



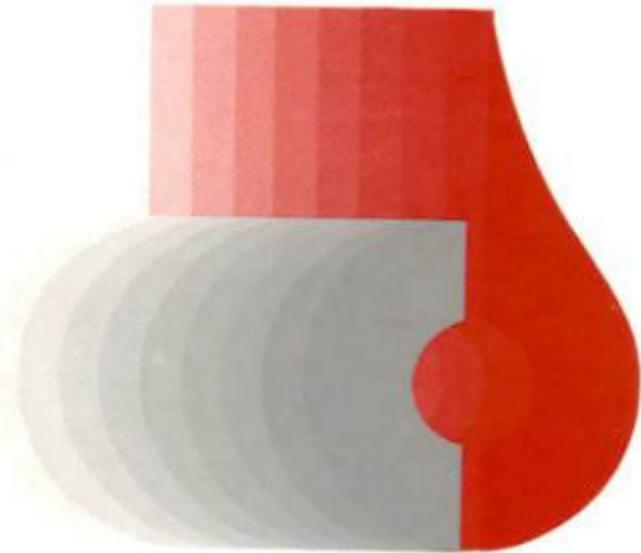
A.
(SOI
AC

U
Ve
Ten
vue
Con
in

ديسينون[®] 500 ملغ

اطامسيلات

20 قرص DICYNCINE 500 MG B20
N° D'AMM : 41DMP/21/AO



Composition : Etamsylate (DCI) 500 mg
Excipients : q.s.p un comprimé. Excipients à effet notoire : Amidon de blé (gluten), sulfite de sodium, Indications : - Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veinolymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du primo-décubitus). - Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la fragilité capillaire. - Traitement d'appoint des ménorrhagies après bilan étiologique. - Utilisé dans les baisses d'acuité et troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. Pour plus d'information : consulter la notice interne. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Aucune condition particulière de conservation. Médicament non soumis à prescription médicale.

التركيب : إطماسيلات 500 ملغ
السواغات : كمية كافية للقرص واحد. سواغات ذو تأثير فعال : نشا القمح (الغلوتين)، سيلفيت الصوديوم. دواعي الاستعمال : - يستعمل في مظاهر قصور وظيفة الأوردة اللمفاوية (سيقان ثقيلة، آلام، صعوبة الاستلقاء على سطح أفقي مثل الأرض أو السرير). - يستعمل في علاج أعراض الاضطرابات الوظيفية لهشاشة الشعيرات. - علاج إضافي لغرارة زيف الرحم بعد تشخيص الأسباب. - يستعمل في ضعف البصر و اضطرابات حقل الرؤية التي يعتقد أن سببها يعود إلى الشرايين. للمزيد من المعلومات : انظر النشرة المرفقة. يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال. بدون شروط خاصة للحفظ. دواء غير خاضع لوصفة الطبيب.



30 COMPRIMES ENROBES

30 قرص ملبس

Spasfon

phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg

30 قرص ملبس
30 COMPRIMES ENROBES

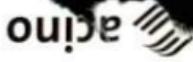
Spasfon

phloroglucinol 80mg / triméthylphloroglucinol 80 mg
فلوروجلوسينول 80 ملغ / ثلاثي مثيل فلوروجلوسينول 80 ملغ

سنا سفون

Zenith pharma

Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.
الألام المتشنجة في المعى والمسالك الصفراوية والرحم.



Voie orale
عن طريق الفم

Lire attentivement la notice.

Composition : phloroglucinol hydraté 80,000 mg quantité correspondant en phloroglucinol anhydre 62,233 mg, triméthylphloroglucinol 80,000 mg pour un comprimé enrobé.

Excipient(s) qui ont un effet notoire : amidon de blé, saccharose, lactose.

ينبغي قراءة النشرة بانتباه.

التركيب : فلوروجلوسينول ممتيه 80,000 ملغ. كمية تعادل من فلوروجلوسينول عديم الماء

62,233 ملغ. ثلاثي مثيل فلوروجلوسينول 80,000 ملغ لكل قرص ملبس

أسوغة ذات أثر معلوم : نشاء القمح، سكاروز، لاکتوز.

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine
de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca le: 05/11/21

- Chirurgie
Gynécologique
- Accouchement
- Echographie
- Médecine foetale
- Sénologie
- Stérilité du couple
- Coelioscopie
- Hysteroscopie
- Colposcopie

Reçu de la somme
de 1100 DHS
POUR ECHEC APTHE
gynécologique

DR. EL KHADIME Amina
Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com
Tél.: 05 22 99 67 74 - 0522 98 77 39
Urgence : 06 62 74 77 73

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22 99 67 74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73

CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Dr EL KHADIME Amina

NOM: EL AOUNI

DATE:

05 - 11 - 21

PRENOM: KHOULOUDE

DDR: /

Indication:

METRORRAGIES ABONDANTES A 13 SA

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

Utérus:

situation: ANTEVERSE
taille: 68,4/43,7 mm
myomètre: ADENOMYOSIQUE
endomètre: 5mm

Ovaires:

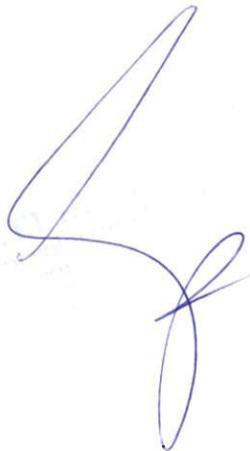
droit: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES
gauche: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

Douglas:

LITRE

CONCLUSION:

FAUSSE COUCHE SPONTANEE COMPLETE.







EL AOUNI, KHOULOUD

14547-21-11-05-1

IC 5-9H/Gyn

5.4cm / 19Hz

MI 1.2

TIs 0.4

Dr EL KHADIME Amina

05.11.2021 16:12:57

D 2.99cm

Ovaires
Har Haute
Puiss 100 µ
Gn -4
C7 / M5
P3 / E1
SER 0.3

EL AOUNI, KHOULOUD

14547-21-11-05-1

IC 5-9H/Gyn

5.4cm / 10Hz

MI 1.1

TIs 0.7

Dr EL KHADIME Amina

05.11.2021 16:12:49

D 2.29cm

Ovaires
Har Haute
Puiss 97 µ
Gn -4
C7 / M5
P3 / E1
SER 0.3Puiss 100 µ
Gn -4.4
Frq Moy
Qual Norm
WMF Basse1
PRF 1.3kHz