

# 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.

## 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053459

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11811 Société : 102255

☒ 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 : Ca. 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) :

# 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 21			250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE</b> 153 Rue Hasscha (Bd Day Ould Sid Baba) Verb Ghellaf - Casablanca TEL: 0522 25 18 07	05 11 2021	433,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05 11 21	400 ECHA ENV	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

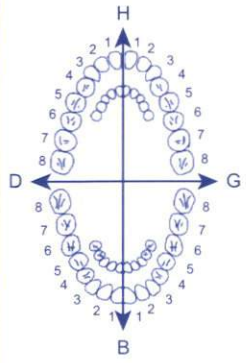
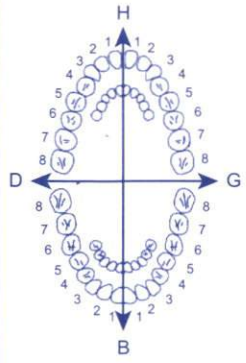
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

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)  
Verb Ghellaf - Casablanca  
Tél. 05 22 99 67 74 - 05 22 98 77 39

Casablanca, le: 05/11/20

- Chirurgie  
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

PHARMACIE WATU  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Verb Ghellaf - Casablanca  
Tél. 05 22 99 67 74 - 05 22 98 77 39

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

Natzen

N. 8 = 31;



# Prazol<sup>®</sup> 20<sup>mg</sup>

Oméprazole

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



**Prazol<sup>®</sup> 20<sup>mg</sup>**  
Oméprazole



7 gélules

bottu<sup>®</sup>

82, Allée des Cassegrains - Ain Seïda - Constantine  
S. Bachouch - Pharmacie Responsable

**Microgrammes** **gastorésistants**

7 gélules

Voie orale

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

AMM N° 80/16 DMP/21/NRQr

التركيبية :  
أوميبرازول ..... 20 ملغ  
مكونات ك ك ..... لبرشمة واحدة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احفظوا الجرعات الموصوفة

جدول من (LISTE II) (الانحة II)

104x78x16



07/14

**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

**Proferid®** 100mg  
Kétoprofène  
Voie rectale

100 ملغ

**بروفيفيد®**  
كيتوبروفين

عن طريق المخرج

12 تحميلة

12 Suppositoires

120X62x27

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى  
الأطفال، تحت درجة حرارة  
أقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.  
افروا 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**

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

A.  
(SOI  
AC

U  
Ve  
Ten  
vue  
Con  
im

# ديسينون<sup>®</sup> 500 ملغ

إطامسيلات

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 ménométrorragies 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 : إطامسيلات ..... 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 لغزارة نزيف 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 / trimethylphloroglucinol 80 mg

30 قرص ملبس  
30 COMPRIMES ENROBES

**Spasfon®**

phloroglucinol 80mg / trimethylphloroglucinol 80 mg  
فلوروجلوسيتول 80 ملغ / ثلاثي مثيل فلوروجلوسيتول 80 ملغ

سنا سفون

Zenith pharma

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

acino

Voie orale  
عن طريق الفم

Lire attentivement la notice.

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

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

ينبغي قراءة النشرة بانتباه.

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

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

أسوغة ذات اثر معطوم : 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 400 DHS  
POUR RECONNAISSANCE  
gynécologique

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

**CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**  
**Dr EL KHADIME Amina**

NOM: EL AOUNI

DATE:

05 - 11 - 21

PRENOM: KHOULOU

DDR: /

Indication:

METRORRAGIES ABONDANTES A 13 SA

**ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE**

Utérus:

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

Ovaires:

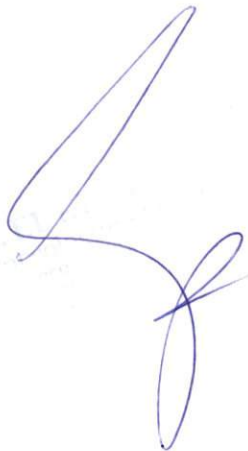
droit: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES  
gauche: TAILLE ET ECHOSTRUCTURE NORMALES

Douglas:

LIBRE

CONCLUSION:

**FAUSSE COUCHE SPONTANEE COMPLETE.**







EL AOUNI, KHOULOU

14547-21-11-05-1

IC 6-9H/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 G  
Gn -4  
C7 / M5  
P3 / E1  
SK1 B 3



EL AOUNI, KHOULOU

14547-21-11-05-1

IC 6-9H/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 G  
Gn -4  
C7 / M5  
P3 / E1  
SK1 B 3

Puiss 100 G  
Gn -4.4  
Frq Moy  
Qual Norm  
WMF Basse1  
PRF 1.3kHz