

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.



136249

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023619

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000848 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ouhaji Latifa Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2022

Nom et prénom du malade : OUHAGI LATIFA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur frontale

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) :

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 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
21/09/22	N° 1606/2022		5558,50	Hopital Universitaire Professeur Stomac National Mohammed POLIBALY KONIMB Maximo Faciale 09125 2285

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAYALI alla Sara CHABBOUBA Docteur en Pharmacie LAYALI 2 N° 88 Berrechid TEL: 05-22-32-42-30	21/09/2022	138,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

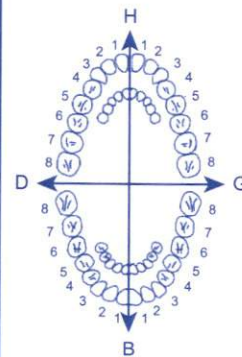
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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



HÔPITAL UNIVERS
INTERNATIONAL MOH



2200215170 / 220916150547S.

Prénom : LATIFA

Nom : OUHAJI

DDN : 02/09/1961 E: 21/09/2022

Service : HDJ CHIRURGIE (NA)



MUPRAS

Sexe: F



المستشفى الجام
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 21/09/2022

116,00
→

Néo chlor facts 7g



1 sachet x 3m salt 7jrs

22,00

→

Cetrel 1p



1/4 x 3m ambesol

138,00

22,00

Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

Cédol®
20 Comprimés



6 118000 180913

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codéine hémihydratée	20,00 mg
(Quantité correspondante en codéine base)	14,8 mg
Excipients q.s.p.	un comprimé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 20.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- Allaitement

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable.
Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

NEOCLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

Neoclav® 1g/125 mg : Boîte de 12 - 14 - 16 et 24 sachets.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 1 g.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 125 mg.
Excipients q.s.p 1 sachet.
Neoclav® 500mg/62,5 mg : Boîte de 12 - 14 - 16 et 24 sachets.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 500 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 62,5 mg.
Excipients q.s.p 1 sachet.
Neoclav® Nourrisson 100mg/12,5 mg/ml : Flacon de 30 ml.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 100 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 12,5 mg.
Excipients q.s.p 1 ml.
Neoclav® Enfant 100mg/12,5 mg/ml : Flacon de 60 ml.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre) 100 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique) 12,5 mg.
Excipients q.s.p 1 ml.

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines.

Neoclav® est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bêta-lactamases.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans les :

- Otites moyennes aiguës, otites récidivantes.
- Sinusites.
- Angines récidivantes, amygdalites chroniques.
- Bronchopneumopathies aiguës du patient à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet plus de 65 ans)
- Surinfections de bronchopneumopathies chroniques du patient à risque.
- Infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites
- Infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.
- Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines).
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline - acide clavulanique.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartam).
- Chez les patients traités par le méthotrexate

POSOLOGIE :

En moyenne :

Chez l'adulte (poids ≥ 40 kg).

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

Chez l'enfant : la posologie usuelle est de 80 mg/kg/jour en trois prises, sans dépasser la posologie de 3g par jour.

Chez le nourrisson (moins de 30 mois) :

Neoclav® 100mg/12,5mg/ml nourrisson : 80 mg/kg/jour en 3 prises.

MISES EN GARDE :

La survenue de toute manifestation allergique impose l'arrêt du traitement et la mise en place d'un traitement adapté.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Utiliser ce médicament avec précautions en cas d'insuffisance rénale ou d'atteinte hépatique.

En cas d'insuffisance rénale, adapter la posologie en fonction de la clairance de la créatinine.

Tenir compte de fait que Neoclav traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel

EFFETS INDESIRABLES :

• Manifestations digestives : nausées, vomissements, diarrhée, selles molles, dyspepsie (digestion difficile), douleurs abdominales.

• Eruptions cutanées et maculopapuleuses d'origine allergique.

• Manifestations allergiques : urticaire, éosinophilie, oedème de Quincke, gêne respiratoire, exceptionnellement choc anaphylactique.

Signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

CONSERVATION :

- Sachets : à conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C

- Poudre pour suspension :

• Avant reconstitution : à conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

• Après reconstitution de la suspension : 7 jours au maximum à une température comprise entre 2°C et 8°C au réfrigérateur.

Respecter les consignes de conservation

Liste I

Ceci est un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Laboratoires pharmaceutiques Pharmed
21, quartier Burger, Casablanca - MAROC

NEOCLAV 1g/125mg
Boîte de 16 sachets



LOT : 9772
PER : 06-24
P.P.V : 116DH00

Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Date : 21 / 09 / 2022

N° : 0028524

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : 260215170 Montant : 5558,50

Patient : OUTHAÏ LATI'FA

Cachet

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
N° 2



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

NOTE D'HONORAIRES

N°



2200215170 / 220916150547S.

Prénom : LATIFA

Nom : OUHAJI

DDN : 02/09/1961 E: 21/09/2022

Service : HDJ CHIRURGIE (NA)

MUPRAS
Sexe: F

Médecin :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Hassan GOULIBALY KOUIMBA
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
091257287

R. Koulibaly

Montant des honoraires :

Exercice plus de construction
d'une masse frontale K60

Visa et cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Hassan GOULIBALY KOUIMBA
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
091257287

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom et Prénom : OUHaji
LATIFA
Bouskoura le : 24 / 09 / 2022

**BILAN
BIOLOGIQUE**

Age : _____
Poids : _____ Kg
Sexe : ☐ M ☐ F

Hémato/ Hémostase :

- ☐ NFS - Pq
- ☐ Groupage - Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ TP - TCK
- ☐ INR
- ☐ D-DIMERES

Bilan infectieux :

- ☐ CRP
- ☐ VS
- ☐ ECBU
- ☐ Hémoculture
- ☐ PCT

Bilan métabolique :

- ☐ Ionogramme sanguin
- ☐ Urée - Créatinémie
- ☐ Glycémie

Bilan Hépto-pancréatique :

- ☐ ASAT - ALAT
- ☐ BC - BN - BT
- ☐ Gamma GT
- ☐ PA
- ☐ LIPASEMIE

Bilan cardiaque :

- ☐ Troponines
- ☐ BNP

Autres

+ Lipome (AP, LIP)

Signature et cachet du médecin urgentiste

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur : MUHAMMAD KOWIMBA
Spécialité : Chirurgie Faciale
Téléphone : 091257287

Identifiant du patient : 22J0000529

Date de naissance : 02/09/1961

Sexe : F

Date de l'examen : 21/09/2022

Prélevé le : 21/09/2022 à 15:59

Edité le : 30/09/2022 à 13:03

OUHAJI LATIFA

Dossier N° : 22094709

Docteur COLIBALY KONIMBA



Référence anapath : 2209P158

Renseignements cliniques : Tumeur molle évoluant depuis 2ans. IRM : lipome.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Un fragment pesant moins de 5g d'allure grasseuse. A la coupe aspect grasseux homogène.

L'étude microscopique a porté sur une prolifération d'adipocytes matures agencés en lobules entremêlés à quelques bandes collagéniques fines.

Par places, on observe des remaniements congestifs.

Conclusion :

- Lipome adipocytaire mature.
- Absence de lésion suspecte de malignité.

Le 30/09/2022 à 13:03

Signature

OUKABLI Mohamed

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. OUKABLI Mohamed
Anatomie-Pathologie
101210262



Hôpital Universitaire
International Cheikh Khalifa
Centre de Prélèvement
090663728

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200215170

F A C T U R E

N° 21 606 / 2022 du 21/09/2022

Nom patient : OUHAJI LATIFA

Entrée 21/09/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Lipome	1,00	B0545	708,50	708,50
Mise en place d'une prothese d'expansion cutanee	1,00		4 850,00	4 850,00
			Sous-Total	5 558,50
Total Frais Clinique				5 558,50

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE CINQ CENT CINQUANTE-HUIT DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES

Total 5 558,50

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	5 558,50			5 558,50	0,00

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
ADMISSION N°2
090063726

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 21/09/2022 Heure 09:43

Nom et Prénom du patient Mme OUHAJI LATIFA

Age ou Date Naissance 62 - 02/09/1961

N° Cin du patient ou du tuteur B633007

Adresse RUE IBN EL ARABI HAY TISSIR BERRECHID

Téléphone 06 61 47 32 97

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant COULIBALY KONIMBA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation CHIRURGIE AMBULATOIRE

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré OUHAJI LATIFA

Lien de parenté Assuré

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 21/09/2022

Heure 15:40

Durée d'hospitalisation (jours) 0

Nom et prénom du signataire

Signature

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom : OUHAJI	Médecin Traitant : PR COULIBALY
Prénom : LATIFA	Service d'Hospitalisation :
Age : 61 ans	IPP du Patient : 220916150547S.
Sexe : F	NDA Séjour :
Date et heure d'Intervention : 21/09/2022	

INTERVENANTS :

PR COULIBALY

INTERVENTIONS EFFECTUÉE :

TUMEUR FRONTALE

MODE D'ANESTHÉSIE :

SOUS-LOCAL

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE :

EN DD .SOUS ANESTHESIE LOCO-REGIONALE EN INFILTRATION

BADIGEONNAGE DE LA REGION FRONTALE

MISE EN PLACE DU CHAMP OPEERATOIRE

TRACE DE L'INCISION DANS LE PLI FONTAL EN REGARD DE LA MASSE TUMORALE

INCISION DANS LE TRACE 'DECOLLEMENT SOUS CUTANE

DECOUVERTE D'UNE MASSE ADIPEUSE ETENDU JUSQU'AU PERIOSTE

DECOLLEMENT AUTOUR DE LA MASSE ET SEPARATION AVEC LE PERIOSTE JUSQU'A L'EXERESE TUMORALE

CONTROLE DE L'HEMOSTASE DE FACON SOIGNEUSE

REALISATION DE DEUX PETITS AMBEAU D'AVANCEMENT

FERMETURE DE L'INCISION SELON LES PLANS

ENVOIE DE LA PIECE POUR L'ANAPATH

PANSEMENT COMPRESSIF .

SIGNATURE :