

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-481384

Dos n°
10608.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : M463 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Dr. ABDELHAKIM KARIM

Date de naissance : 14/12/1975

Adresse : 11, Avenue Ibn Yousef 1, Settat

Tél. : 0661766475 Total des frais engagés : 42 88 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin
Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2019

Nom et prénom du malade : Karimi Si parent : S. Karim Age : 34 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amygdalodactylye

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.

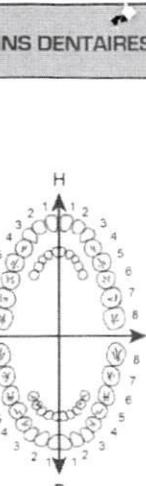
Fait à : CASABLANCA Le : 02/12/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVE 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
20 21 2019	Interventions (voir facture j-6)	4 000,00		INP : 06.12.2019 Dr. Abdelhakim AOUABID Spécialiste ORL
				<i>DR. ABDELHAKIM AOUABID Spécialiste ORL</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID Tunis - 1008A CD	20 11-07-2019	288,30

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
						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 PROTHÉSES 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 <input type="text"/>
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



060003332

ORDONNANCE

Berrechid, le 2011.11.11

187,-

Karim

Sleem

+ 65,-

Aclor

(1g)



1x/j. 15)

117,-

overpral

20mg



3x/j. 16 months. 1mg

21,50

lavanthal

11g,



1x/j. 21g. 8j

- 2, Betadine

1bte de 100ml



1/2 ver. dans 1/2 verre d'eau

T. 288,30



PHARMACIE ARAFAT
ASMOOUN Samir
Docteur en Pharmacie
RUE AS-SALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél. 05 22 32 32 62
Fax : 05 22 32 57 58
05 22 32 32 62
05 22 32 32 62

Betadine® 10 g

bain de bouche 125 ml



6 118000 030799

PPV 21DH30

EXP 05/2022
LOT 93049 2

Betadine®

Polyvidone Iodée

solution pour bain de bouche

PARANTAL® 1 g

(Paracétamol)
Comprimés effervescents

PARANTAL®
8 comprimés effervescents
1g



6 118000 032380

30X85

1000 mg
qsp 1 comprimé effervescent.

es analgésiques et antipyrétiques. Il est indiqué

مختبر المستحضرات الصيدلانية لـ

- Traitements
- Algies postopératoires
- Dysménorrhée
- Etats fébriles

DANS QUOI

Ce médicament

• Insuffisance rénale

• Accidents vasculaires

EN CAS DE

PHARMACIEN

MISES EN GARDE

En cas de surdosage :

L'abus chronique peut entraîner une néphrite interstitielle.

La prise prolongée d'aspirine peut entraîner une néphrite interstitielle.

AFIN D'ÉVITER

TIQUEMENT LA NÉPHRITE INTERSTITIELLE

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Le Paracétamol, dans les doses recommandées, peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- Sodium environ 401 mg par comprimé effervescent de PARANTAL 1g.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans). Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Attention : Cette présentation contient 1 g de Paracétamol par comprimé, ne pas prendre 2 comprimés à la fois.

La posologie usuelle est de 1 comprimé à 1 g par prise, à renouveler, si nécessaire, au bout de 6 à 8 heures.

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser la dose de 3 g/24 heures, soit 3 comprimés/24 heures.

Ne jamais dépasser 4 g de paracétamol par jour.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum, sans dépasser 3 comprimés par 24 heures.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Occasionnellement, on peut observer des réactions de type allergique : arrêter le traitement et avertir votre médecin.

Ceci est un médicament.

Un médicament n'est pas un produit comme les autres.

Il vous concerne, vous et votre santé.

Le médicament est un produit actif.

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger.

Il ne faut jamais abuser des médicaments.

Il ne faut utiliser les médicaments qu'à bon escient.

Utilisez les médicaments prescrits comme vous le conseille votre médecin.

Il sait quels sont les médicaments dont vous avez besoin.

Exécutez exactement les prescriptions de son ordonnance : suivez le traitement prescrit, ne l'interrompez pas, ne le reprenez pas de votre seule initiative.

Votre pharmacien connaît les médicaments : suivez ses conseils.

Il ne s'agit pas pour vous de prendre des médicaments en quantité importante.

Il s'agit pour vous de prendre les médicaments dont vous avez besoin.

NE LAISSEZ PAS LES MEDICAMENTS A LA PORTEE DES ENFANTS

Laboratoires de Produits Pharmaceutiques d'Afrique du Nord
LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca

230707F56518P200509



Amoxicilline + Acide clavulanique

LOT : 4575
PER : 07-21
P.P.V : 187DH00

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

PRODUIT :	Aclav 1g/125mg -Boîte de 12 sachets -Boîte de 14 sachets -Boîte de 16 sachets -Boîte de 24 sachets	Aclav 500mg/62,5mg -Boîte de 12 sachets -Boîte de 16 sachets -Boîte de 24 sachets	Aclav Enfant 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 60 ml	Aclav Nourrisson 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 30 ml
Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre	1g	500 mg	6 g	3 g
Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique	125 mg	62,5 mg	750 mg	375 mg
Excipients	q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	q.s.p 10,30 g de poudre	q.s.p 5,15 g de poudre

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bétalactamines, du groupe des aminopénicillines.

Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bétalactamases.

INDICATIONS :

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

Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes.

Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.

Les angines récidivantes, amygdales chroniques.

Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.

Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.

Les pneumopathies aiguës du patient à risque.

Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.

Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.

Les parodontites.

Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.

Traitemennt relais de la voie injectable.

Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.

Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bétalactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylcétoneurie (en raison de la présence de l'aspartam)

-Relatives :

Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)

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

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g /125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

ORAPRED® 20 mg, Boîte de 30 comprimés effervescents.
 ORAPRED® 5 mg, Boîte de 30 comprimés effervescents.
 prednisolone

60X34X34

l'intégralité de cette notice
 et l'avez bien lu.
 Si vous avez besoin de la relire.

OraPred® 20 mg

30 comprimés effervescents
 PROMOPHARM S.A.



6 118000 241829



65,00

4. INDICATIONS

Ce médicament est un corticoïde. Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

5. POSOLOGIE :

ORAPRED® 20 mg :

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

ORAPRED® 20 mg est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

ORAPRED® 5 mg et 20 mg :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

6. CONTRE-INDICATION

N'utilisez jamais ORAPRED®, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ORAPRED®, comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime (voir rubrique « Faites attention avec ORAPRED®, comprimé effervescent »).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

• Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

- Apparition de bleu
- Elévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur : excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse: ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.
- Retard de croissance chez l'enfant.
- Troubles des règles,
- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.
- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement,
- Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

Nom : KARIMI

Prénom : SIHAM.

Date d'entrée : 20 - 11 - 2019

Date de sortie : 21 - 11 - 2019

Médecin traitant Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste ORL Chirurgie
Cervico Faciale

Diagnostic : Tél: 0522.32.64.60

Traitements :

X f
Angiectasie
par des actes

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Tél: 0522 32 64 60

Visites de contrôle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



060003332

20/11/2019

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur : Dr BOUABID

Prie : Mme KARIMI SIHAM

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
Suivant l'usage sa note d'honoraires pour

K40

S'élevant à la somme de **1800.00 DHS.**

« MILLE HUIT CENT DIRHAMS »

Signe

Dr. Abdellahkrim BOUABID
Spécialiste D.R.L
Chirurgie Gérvico Facial
Tél : 05 22 32 64 60



NOTE D'H-ONORAIRES

Le Docteur : **Dr BENSALAH**

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tel: 0522 33 66 22 / 0522 33 66 62 Fax: 0522 32 57 5

Prie : *Mme KARIMI . Sittam.*

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
Suivant l'usage sa note d'honoraires pour

K 20.

S'élevant à la somme de « *400,00* DHS. »

« *Quatre Cent dh* »

Signé
DR BENSALAH Mounir



مصحة الشاوية CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Facture N° 1198/19

Date Entrée 20 Novembre 2019

Date de Sortie 21 Novembre 2019

Med Tr. Dr BOUABID

P.C. N°

Mlle N°

Société:

Berrechid, le 21 Novembre 2019

KARIMI SIHAM

AUCUNE

L i b e l l e	Coef.	Jour	Qté	Prix U.	Montant
** CLINIQUE **					
CHAMBRE SIMPLE		1	40	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE K40				25,00	1000,00
** Frais Clinique **					1400,00
PHARMACIE (voir détail)					400,00
** Total Clinique **					1800,00
** HONORAIRES **					
ANESTHESISTE Dr BENSALAH K20		1	400,00	400,00	
CHIRURGIEN Dr BOUABID K40		1	1800,00	1800,00	
** Total Honoraires **					2200,00

Total Général 4.000,00

Arrêté La présente Facture à la somme de :
Quatre Mille Dirhams

Reglé par
CLINIQUE CHAOUIA
5, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tel: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57 5





مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Nom KARIMI
Prenom SIHAM
Date 20/11/2019
Facture 1198/19

DETAIL DE LA PHARMACIE

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	M.T
1	INTRANULE G22	8,00	8,00
1	PERFUSEUR	8,00	8,00
3	SERUM G5%	25,00	75,00
3	SERUM SALE	25,00	75,00
3	PROFENID INJ	11,35	34,05
4	DOLIPRANE 1G	5,00	20,00
3	AUGMENTIN 1G	60,00	180,00
TOTAL			400,00

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tel.: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57 5



مصحة الشاوية CLINIQUE CHAOUIA



060003332

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom : KARIMI Prénom : SIHAM Age : 34 ANS

Date d'entrée : 20 - 11 - 19. Chambre n° 08.

Diagnostic :

4

Indication opératoire :

INTERVENTION

Le : 20 - 11 - 19.

Opérateur : Dr BOUABID.

Anesthésiste : Dr BENSALAH

Nature de l'anesthésie :

Avgidectomie / Dernier

- Abdo
- Avgidectomie / Dernier
- Hysterex

9

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Tél: 05 22 32 64 60
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tel.: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57 5