

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-481384

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M463 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DAUBI KAMIL  
 Date de naissance : 14/12/1975  
 Adresse : 11, Rue Ibn Roumi Farah 2 Settat  
 Tél. : 0661766475 Total des frais engagés : 4288,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2019  
 Nom et prénom du malade : Kamil S. Daubi Age : 34 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Amygdalite chronique  
 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]

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
20 11 2019	Interventions (Voir facture p. 6)	4 000,00		INP : 06122014 Dr. Abdelhakim BOUABID Spécialiste O.R.L.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ASMOUM Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHIDJ 05 22 22 84 04</p>	<p>20 11 2019</p>	<p>288,30</p>

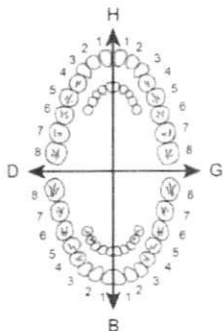
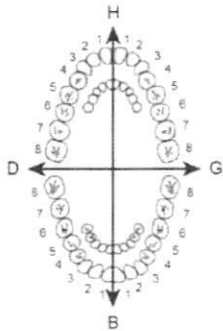
[illegible][illegible]

# 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'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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> H  <table border="1" style="margin: auto;"> <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> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مصحى الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA

PHARMACIE ARAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
05 22 32 84 04



060003332

## ORDONNANCE

Berrechid, le 20/11/11

187, 00 Karim Schen

+ Aclav 1g  
65, 00 Issat. 21g, 15g

+ overprod 20mg  
111, 00 3ep1g 1h ustus. 10g

+ Zaventel 1g  
21, 00 1ep. 21g, 8g

+ Betadine bain de bouche  
1/2 sur 20mg 1/2 sur 20mg

T. 288,30

31g, 10g

PHARMACIE ARAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
05 22 32 84 04

**Betadine<sup>®</sup>** 10 g

bain de bouche 125 ml



6 118000 030799

PPV 21DH30

EXP 05/2022  
LOT 93049 2

**Betadine<sup>®</sup>**

Polyvidone iodée

solution pour bain de bouche

# PARANTAL® 1 g

(Paracétamol)

Comprimés effervescents

PARANTAL® 1g

8 comprimés effervescents



6 118000 032380

30x10x85

.....1000 mg  
.....qsp 1 comprimé effervescent.

s analgésiques et antipyrétiques. Il est indiqué

مخبر المستحضرات الصيدلانية لـ

novagor

• Traitement

• Algies pos

• Dysmén

• Etats fébr

DANS QU

Ce médic

• Insuffisa

• Accidents

EN CAS D

PHARMAC

MISES EN

En cas de s

L'abus chro

La prise de p

AFIN D'ÉVIT

TIQUEMENT

GROSSESSE E

Le Paracétamol, dan

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

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

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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 avvertir 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 MÉDICAMENTS A LA PORTEE DES ENFANTS**

Laboratoires de Produits Pharmaceutiques d'Afrique du Nord

LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca

230707F56518P200509

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 24 sachets



6 118000 091752

118DMP/21NN

# ACLAV®

Amoxicilline + Acide clavulanique

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

## COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

COMPOSITION :	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 bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines.

Aclav 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.
- Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.
- Les angines récidivantes, amygdalites 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.
- Traitement de 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 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'aspartame)

-Relatives :

Le méthotrexate

## POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

**Adulte normorénal** (poids  $\geq 40$  kg)

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

**Adulte insuffisant rénal** (poids  $\geq 40$  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  $\leq 30$  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

OraPred® 20 mg

30 comprimés effervescents

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241829

et l'intégralité de cette notice  
amement.

pour avoir besoin de la relire.

65,00



HERA  
SAGE SYSTEMIQUE.  
(non sexuelles).

#### 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 DOUTE, 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
- élévation 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

Traitement :

Aggrégation  
pour l'ORL

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

Visites de contrôle :

Signature :

Dr. Abdelhakim BOUABID  
Spécialiste ORL Chirurgie  
Cervico Faciale  
Tél: 0522.32.64.60





مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



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. Abdelhakim BOUABID  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Tél : 05 22 32 64 60



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

NOTE D'H-ONORAIRES

Le Docteur : **Dr BENSALAH**

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

Prie : *M<sup>me</sup> KARIMI. Sitam.*

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* » »

Signe  
*Dr. BENSALAH Mounir*



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid, le 21 Novembre 2019

**Facture N° 1198/19**

Date Entree 20 Novembre 2019  
Date de Sortie 21 Novembre 2019  
Med Tr. Dr BOUABID  
P.C. N°  
Mlle N°  
Société:

KARIMI SIHAM

AUCUNE

L i b e l l e	Coef.	Jour	Qté	Prix U.	Montant
** CLINIQUE **					
CHAMBRE SIMPLE			1	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE K40			40	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 en espèces  
CLINIQUE CHAOUIA  
5, Rue Okba Ibnou Nafie  
- BERRECHID -  
Tel: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 32 57 5

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 :

Indication opératoire :

INTERVENTION

Le : 20-11-19.

Opérateur : Dr BOUABID.

Anesthésiste : Dr BENSALAH

Nature de l'anesthésie :

Angioplastique / Directeur

Abio

Angioplastique / Directeur

Hospital

9

Dr. Abdelhakim BOUABID  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Tel: 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