

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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-417060

161927

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3037 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HABIBY Mohammed

Date de naissance : 29/01/1960

Adresse : N° 29/01/1960

Tél. 0668182434 Total des frais engagés : 250 + 230 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MANSOUR Hassan
Traumatologue - Orthopédiste
Av. Abderrahman Serghini
Imm. Bouagga Mohammedia

Date de consultation : 08.05.2023

Nom et prénom du malade : Habiby Mohammed Age :

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

Nature de la maladie : lombalgie + ponarthrose

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.

24 MAI 2023

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 : Mohammedia Le : 08.05.23

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
08/05/23	C	1	234,90	Dr. MANSOUR Hassan Dentiste - Orthopédiste V. Abderrahman Serghini Bouogon - Mohammedia

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de L'Abderrahmane Serghini Bouogon - Mohammedia	08/05/23	234,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

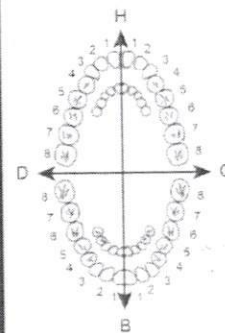
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

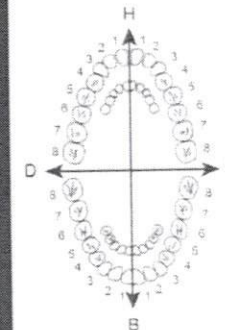
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Dr. MANSOUR Hassan

Chirurgien spécialiste
en traumatologie-orthopédie



الدكتور منصور حسان

أخصائي في أمراض وجراحة

العظام والمفاصل

Mohammedia, le 08/05/2023

M^r HABILE Mohammed

1. Flamm ^{AS} 15mg (0.4 + 0.4)
6080 Act / jn (x 01 boîte)

37,00
2. Acentio ^{AS} (2 + 0 + 2)
2ef x 2 jn si douleur

137,00
3. Remmasep ^{AS}
14 x jn x 30

236,90

Dr MANSOUR Hassan

Traumatologue - Orthopédiste

1, Av. Abderrahman Serghini

Imm Bouagan - Mohammedia

العنوان : قرب حمام الحديقة شارع عبد الرحمان السرجيني عمارة بوركون (فوق صيدلية المسبح) الطابق الأول رقم 1

Adresse : Avenue Abderrahman Serghini, Imm BOUARGAN App. N°1 1er étage Mohammedia

Tél.: 0523.30.22.22 الهاتف

Urgences : 0664.47.21.51 للمستعجلات

ose et l'Amidon de blé.

ACETHIO COMPRIMÉS ?

Administration :

DE 16 ANS.

ment en suivant exactement
u pharmacien, vérifiez auprès
cas de doute.

omprimés par prise, 3 fois par
mm.

S PAR 24 HEURES.

7 jours consécutifs.

4 heures au moins entre les

rière (clairance de la créatinine
es doivent être espacées de 8
ale par jour ne doit pas dépasser

32100

La dose maximale journalière du paracétamol (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule) ne doit pas excéder 60mg/kg par jour (sans dépasser 3g/j) dans les situations suivantes : -Adultes de moins de 50kg, -Atteinte grave du foie, -alcoolisme chronique, -malnutrition chronique, -déshydratation.

Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme (voir la rubrique : Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi).

Mode d'administration :

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

Utilisation chez les enfants et les adolescents :

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :

Si vous avez pris accidentellement du ACETHIO ® ou si vous avez pris PLUS de ACETHIO ® que vous n'auriez dû, parlez-en immédiatement à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses :

Si vous avez oublié de prendre ACETHIO ® 500 mg / 2 mg ne doublez pas une dose pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage :
Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ACETHIO peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Liés au Paracétamol : *Dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption ou une rougeur cutanée ou une réaction allergique pouvant se manifester par un brusque gonflement du visage et du cou ou par un malaise brutal avec chute de la pression artérielle. Il faut immédiatement arrêter le traitement, avertir votre médecin et ne plus jamais reprendre de médicaments contenant du paracétamol. *Exceptionnellement, des modifications biologiques nécessitant un contrôle du bilan sanguin ont pu être observées : taux anormalement bas de certains globules blancs ou de certaines cellules du sang comme les plaquettes pouvant se traduire par des saignements de nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

Liés au thiocolchicoside : *Très rares réactions allergiques, telles que urticaire, œdème de la face et exceptionnellement choc anaphylactique. *Très rares réactions cutanées, telles que démangeaisons, érythème, éruptions cutanées, *Rares troubles digestifs : diarrhées, douleurs d'estomac, nausées et vomissements, *Très rares cas de l'innocence, exceptionnels cas de convulsion ou de récurrence de crise chez les patients épileptiques.

5. COMMENT CONSERVER ACETHIO ® COMPRIMÉS ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte, (La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois mentionné).

Condition de conservation :

A conserver à une température inférieure à 25°C

« Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout » ni avec les ordures ménagères».

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient ACETHIO ® COMPRIMÉS ?

Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) par unité de prise :

Paracétamol.....	500 mg
Thiocolchicoside.....	2 mg
Pour 1 comprimé.....	

Composition qualitative en excipients :

Amidon de blé, Amidon de maïs prégelatinisé, Carboxyméthylamidon sodique; lactose monohydraté, Stéarate de magnésium et Eau purifiée.....q.s.p 1 comprimé

Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM au Maroc

LABORATOIRES SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair bnou El Aouam

Roche Noires

20300 Casablanca

Maroc

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée :

Juin 2020

Conditions de prescription et de délivrance

Tableau A (liste I).

Médicament soumis à la prescription médicale.



Laboratoires SYNTHEMEDIC

20 - 22, Rue Zoubair Bnou El Aouam

Roche Noires - Casablanca

reumadep®

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g

LOT:

V013

PER:

01/2025

PPC: 137.00 DH

30 capsules

INDICATIONS

REUMADEP® est un complément alimentaire à base d'extraits de plantes, proline, manganèse et vitamine D. La vitamine D et le manganèse contribuent au maintien de la santé des os. La boswellia, la griffe du diable, la griffe de chat, la grande camomille et le frêne contribuent au maintien de la fonction articulaire.

INGRÉDIENTS

Griffe du diable (*Harpagophytum procumbens* DC.) extrait sec de racines tit. à 2,5% d'Harpagoside

Griffe de chat (*Uncaria tomentosa* Willd. ex Schult. DC.) extrait sec d'écorce tit. à 3% d'alkaloïdes d'oxindole

Boswellia (*Boswellia serrata* Roxb.) extrait sec de gomme tit. à 65% d'Ac. Boswellique

Grande camomille (*Tanacetum parthenium* Schultz-Bip.) extrait sec d'herbe avec fleurs tit. à 0,5% de Parthénolides

Frêne (*Fraxinus excelsior* L.) extrait sec de feuilles tit. à 2% d'Ac. Chlorogénique

Proline

Gluconate de manganèse

Vitamine D

Proline est indispensable pour la synthèse du collagène, protéine qui est une constituante des cartilages, des os, des tendons et des ligaments. Il est essentiel pour préserver la fonction articulaire.

Manganèse: le manque de manganèse comporte un durcissement des cartilages des articulations (surtout du dos et du genou).

Vitamine D: la carence en vitamine D est caractérisée par fatigue, réduction de la densité osseuse et douleur articulaire.

MODE D'EMPLOI

Il est conseillé de prendre 1 capsule par jour après repas.

CONTRE-INDICATIONS

Aucun effet secondaire connu associé à l'utilisation du produit; éviter en cas d'hypersensibilité connue à un ou plusieurs composants du produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Tenir hors de portée des enfants de moins de 3 ans. Ne pas dépasser la dose recommandée. Les compléments alimentaires doivent être utilisés dans le cadre d'un

FLAMIX®

Lisez attentivement l'intégralité de votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez besoin de plus d'informations, demandez-les à votre médecin ou à votre pharmacien. Ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes.

LOT 22480

EXP 10/24

PPV 60DH90

Prenez ce médicament. Elle contient des informations importantes sur le médicament. Elle contient des informations importantes sur le médicament. Elle contient des informations importantes sur le médicament.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION
FLAMIX®.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par comprimé

FLAMIX 7,5 mg

Méloxicam (DCI)..... 7,5 mg

FLAMIX 15 mg

Méloxicam (DCI)..... 15 mg

Excipients communs : Citrate de sodium dihydraté, lactose monohydraté, cellulose microcristalline, povidone, silice colloïdale anhydre, croscopovidone, stéarate de magnésium.

c) FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

FLAMIX 7,5 mg : boîte de 14 comprimés.

FLAMIX 15 mg : boîte de 14 comprimés.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams (code ATC : M01AC06).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Traitement symptomatique au long cours de la polyarthrite rhumatoïde.
- Traitement symptomatique au long cours de la spondylarthrite ankylosante.
- Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës d'arthrose.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- 3^e trimestre de la grossesse.
- Enfants et adolescents de moins de 16 ans.
- Hypersensibilité au méloxicam ou à l'un des excipients, ou hypersensibilité aux molécules d'activité proche telles qu'autres AINS, aspirine.
- Chez les patients ayant développé des phénomènes d'asthme, de polypes nasaux, d'œdème de Quincke ou d'urticaire après administration d'aspirine ou d'autres AINS.
- Antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS.
- Ulcère peptique évolutif ou récent, antécédents d'ulcère peptique ou d'hémorragie récurrente.
- Hémorragies gastro-intestinales, antécédents d'hémorragies cérébrales, ou de toute autre nature.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère non dialysée.
- Insuffisance cardiaque sévère.

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

FLAMIX est contre-indiqué au cours du troisième trimestre de la grossesse.

Allaitement :

L'administration de ce médicament n'est pas recommandée en cas d'allaitement.

DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT

e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

En cas de survenue de troubles de la vision, de somnolence, de vertiges ou autres troubles du système nerveux central, il est recommandé de s'abstenir de conduire ou d'utiliser des machines.

f) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS.

Lactose, Sodium.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

a) POSOLOGIE USUELLE

Réservé à l'adulte et à l'adolescent de plus de 16 ans

Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante : 15 mg/jour, en fonction de l'effet thérapeutique, la dose pourra être réduite à 7,5 mg/jour

Poussées aiguës d'arthrose : 7,5 mg/jour.

En cas de besoin, en l'absence d'amélioration, la posologie peut être augmentée à 15 mg/jour.

Ne pas dépasser la posologie de 15 mg/jour.

Populations particulières :

- Chez les sujets âgés : en traitement au long cours de la polyarthrite rhumatoïde ou de la spondylarthrite ankylosante, la dose recommandée est de 7,5 mg/jour. Chez les patients présentant un risque accru d'effets indésirables, le traitement devra débuter à la posologie de 7,5 mg/jour.
- Chez l'insuffisant rénal hémodialysé, la posologie ne doit pas dépasser 7,5 mg/jour.
- Insuffisance rénale et insuffisance hépatique légères à modérées : aucune réduction de posologie n'est nécessaire.

DANS TOUT LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN

b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

La dose quotidienne doit être prise en une seule fois, avec une boisson au cours d'un repas.

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

c) DUREE DU TRAITEMENT

VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.