

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.

**MUPRAS**

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

Déclaration de Maladie**M23-0019970**☒ **Maladie**☐ **Dentaire**☐ **Optique**☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2388 Société : 175560
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAFI Aouan
Date de naissance : 1947
Adresse : 30 Rue 2 Adamoucheville 7 oulfa
Casablanca
Tél. : 211 24 6356 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : RAFI Aouan Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gonarthrose
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 25/11/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31/07/23		5	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr Nacer N 334, Bd Mohamed V Oujda - Casablanca Tél : 05 20 00 23 35	31/08/2023	90,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

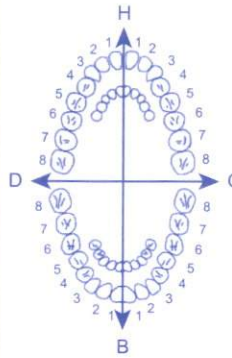
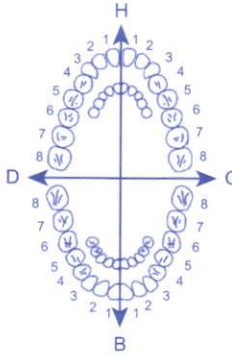
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Dr Id Mhammed Youssef
Chirurgien - Urologue



الدكتور إد محمد يوسف
إختصاصي في طب وجراحة الكلي
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي

Ancien Chef Clinique
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.

إختصاصي سابق
في مستشفيات قال ديبرون، برشلونة.

Casablanca :

RAJI AOMAR

60,90

-FLAMIX 15 mg

(SV)

-1cp/j pendant 7j

30,00

-Prazol 20 mg

(SV)

-1cp le matin pendant 7 j

90,90

CASABLANCA , le 31-08-2023

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib NAGUIB
334, Boulevard Oued Eddoura
Oulfa - Casablanca
Tél : 06 20 00 25 95

[Handwritten signature]

Prazol[®] 20^{mg}
Oméprazole

PPV: 30DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-1



20 mg

de prendre ce médicament.

e.

oute, demandez plus d'informations à votre

le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même

f.

marquez un effet indésirable non mentionné

rmacien.

20 mg

1 gélule

active oméprazole. Il appartient à la classe des
la quantité d'acide produite par votre estomac.

ter les affections suivantes :

énal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
ter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut
e traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
natoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL[®] 20
évention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
ur au niveau du pancréas (syndrome de

kg

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro-oesophagien :

1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :



FLAMIX®

Méloxicam

15 mg

LOT 224713

EXP 11/24

PPV 60DH90



COMPOSITION : Citrate de sodium dihydraté, lactose monohydraté, cellulose microcristalline, povidone, silice colloïdale anhydre, crospovidone, 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 récente.
- 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

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION EN CAS DE :

- Pour minimiser la survenue d'effets indésirables, l'utilisation de la dose la plus faible possible pendant la durée de traitement la plus courte s'avère nécessaire au soulagement des symptômes.
- En cas d'effet thérapeutique insuffisant, il ne faut pas dépasser la dose maximale recommandée, ni associer le traitement à un autre AINS.
- Antécédents d'oesophagite, de gastrite et/ou d'ulcères gastroduodénaux : il est recommandé de s'assurer de la guérison complète de ces affections avant d'instaurer le traitement par le méloxicam.
- Antécédents d'ulcère : suite au risque d'hémorragie, d'ulcération ou de perforation gastro-intestinale qui augmente avec la dose utilisée, en particulier en cas de complication à type d'hémorragie ou de perforation ainsi que chez le sujet âgé. Chez ces patients, le traitement doit être débuté à la posologie la plus faible possible.
- Antécédents de maladies gastro-intestinales (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn) : risque d'aggravation de la pathologie.
- Patients ayant des problèmes cardiaques, cérébrovasculaires et présentant des facteurs de risques pour les pathologies cardiovasculaires : hypertension, hyperlipidémie, diabète ou une consommation tabagique.

Une surveillance étroite de la diurèse et de la fonction rénale est recommandée chez les patients à risque.

- Ce médicament peut entraîner certaines difficultés chez les femmes désirant concevoir.
- En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

- Ce médicament contient du sodium : en tenir compte chez les personnes contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

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

c) INTERACTIONS

Interactions médicamenteuses :

- Autres AINS y compris les salicylés, corticoïdes : augmentation du risque d'ulcères et d'hémorragies gastro-intestinales.

- Anticoagulants oraux, thrombolytiques et antiagrégants plaquettaires : risque accru d'hémorragie.

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (Médicaments contre la dépression) : augmentation du risque d'hémorragie gastro-intestinale.

- Diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II : réduction de l'effet des diurétiques et d'autres agents antihypertenseurs.

- Autres agents antihypertenseurs (y compris les bêtabloquants) : diminution de l'effet antihypertenseur des bêtabloquants.

- Ciclosporine : risque d'augmentation de la néphrotoxicité de la ciclosporine.

- Dispositifs intra-utérins : diminution de l'efficacité des dispositifs intra-utérins.

- Lithium : augmentation du taux de lithium dans le sang.

- Méthotrexate : augmentation de la toxicité du méthotrexate.

- Cholestyramine : augmentation de l'élimination rénale du méloxicam.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur

demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes

nouveau.

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

c) DUREE DU TRAITEMENT

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

d) CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Si vous avez pris plus de FLAMIX®, que vous n'auriez dû (en cas de prise massive et/ou accidentelle) :

Les symptômes de surdosage sont limités à une léthargie, une somnolence, des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques, généralement réversibles avec un traitement adapté. Des hémorragies gastro-intestinales peuvent survenir. Un surdosage sévère peut conduire à une hypertension, une insuffisance rénale aiguë, une atteinte hépatique, une détresse respiratoire, un coma, des convulsions, un collapsus cardiovasculaire et un arrêt cardiaque.

En cas de surdosage aux AINS, un traitement symptomatique adapté doit être instauré.

PREVENIR IMMEDIATEMENT VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Très fréquemment on observe les effets suivants :

Céphalées, dyspepsie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, flatulences et diarrhées.

Les autres effets décrits sont :

Troubles hématologiques, réactions allergiques, troubles psychiatriques divers, troubles du système nerveux, troubles de la vue, conjonctivite, vertiges, acouphènes, palpitations, hypertension artérielle, flush, asthme chez les sujets allergiques à l'aspirine ou à d'autres AINS, hémorragies gastro-intestinales occultes ou macroscopiques, stonellie, gastrite, éructation, colite, ulcères gastroduodénaux, œsophagites, des hématomes, ulcérations ou perforations gastro-intestinales (pouvant être parfois fatales en particulier chez le sujet âgé), augmentation des transaminases ou de la bilirubine, hépatite, réaction de photosensibilité, troubles rénaux, œdème y compris œdème des membres inférieurs.

SIGNEALEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

6. CONSERVATION

a) NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION

FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

b) PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION

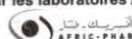
Conservé à une température ne dépassant pas 25°C, à l'abri de l'humidité.

CONDITIONS DE DELIVRANCE :

Tableau A

Date d'édition de la notice : Février 2013.

Fabriqué par les laboratoires AFRIC-PHAR



Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 11)

Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc