

## 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

## Declaration de Maladie

N° W21-728929

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8806 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZAOUI Mohamed

Date de naissance : 28/12/1967

Adresse :

Tél. : 0661421166 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 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

- 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/22	145,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

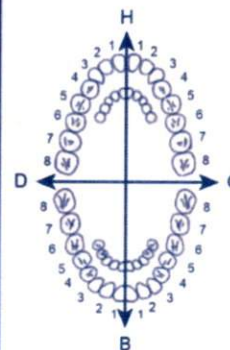
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

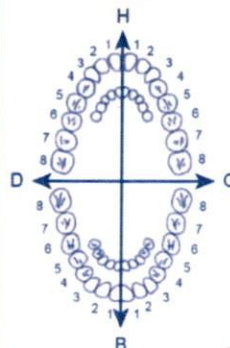
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

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

DES	
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'EXECUTIC

# Dr Nadil Mohamed Amine

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique  
Ancien Enseignant à l'Institut Européen des Sciences de la Santé  
Ancien Médecin du CHU Henri Mondor de Paris  
Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Diplômé en Arthroscopie et en Microchirurgie à Paris  
Diplômé en Chirurgie du Rachis à Strasbourg  
Diplômé en Rhumatologie Interventionnelle à Strasbourg  
Diplômé en Médecine de Sport à Strasbourg  
Diplômé en Echographie à l'Hôpital Militaire de Rabat



## الدكتور ناديل محمد أمين

اختصاصي في طب وجراحة العظام والمفاصل  
أستاذ سابق بالمعهد الأوروبي لعلوم الصحة  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي هنري منصور بباريس  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء  
دبلوم في الجراحة المجهرية و بالمختار بباريس  
دبلوم في جراحة العمود الفقري بstrasbourg  
دبلوم في الطب الرياضي بstrasbourg  
دبلوم في الفحص بالصدى بالمستشفى الجامعي العسكري بالرباط

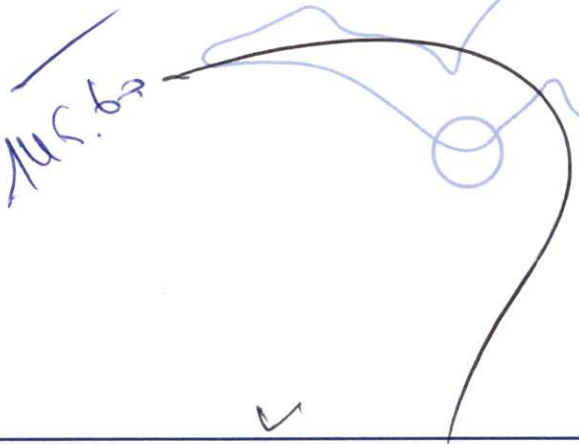
Casablanca, le : 22 SEP 2022

4788 ZAoui Mohamed

1/ Dose en g S.V 12 jours  
(1-1-1) am / le d'après p 12 jours

45.- 2/ Arnigel S.V 20 jours  
1285 + 21 j

5288 3/ Progest 20 gélules S.V 14 jours  
(1-2-2) 1 d'



PHARMACIE PACHA  
Dr. Rachida FARJIA  
Route 36, Sidi Moumen N° 10  
Tél: 022 70 02 94 - CASABLANCA

Moukky

# DASEN<sup>®</sup> 10.000 UI

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### DENOMINATION

DASEN<sup>®</sup> 10 000 UI, comprimé

### COMPOSITION QUALITATIVE

SERRAPEPTASE .....

Excipients : stéarate de ma  
cellulose, jaune orangé S (E11

Pour un comprimé enrobé gas

\*1 unité correspond au nombre  
en 1 minute à partir de 1 mg de

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant,

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidif

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

### Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al auouam. Roches Noires -

### DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques  
respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.  
Il est également utilisé pour les troubles de la circulation

PPV :

EXP :

Lot N° :

47180

DASEN<sup>®</sup> 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064



# Arnigel®

GEL

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

*Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.*

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que **ARNIGEL, gel** et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **ARNIGEL, gel** ?
3. Comment utiliser **ARNIGEL, gel** ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **ARNIGEL, gel** ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1- QU'EST-CE QUE ARNIGEL, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Médicament homéopathique

ARNIGEL est un médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans le traitement local d'appoint en traumatologie bénigne en l'absence de plaie (ecchymoses, contusions, fatigue musculaire...) chez l'adulte et l'enfant à partir de 1 an.

## 2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ARNIGEL, gel ?

**N'utilisez jamais ARNIGEL, gel :**

- chez l'enfant de moins de 1 an ;
- si vous êtes allergique à l'Arnica ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6 ;
- ne pas utiliser sur les muqueuses, les yeux, une dermatose suintante, une lésion infectée ou une plaie.

## Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser ARNIGEL, gel.

## Autres médicaments et ARNIGEL, gel

Informez votre médecin ou pharmacien si vous utilisez, avez récemment utilisé ou pourriez utiliser tout autre médicament.

## Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

## 3- COMMENT UTILISER ARNIGEL, gel ?

### Posologie

Appliquer dès que possible une fine couche d'ARNIGEL sur la région douloureuse en massage léger jusqu'à pénétration complète. Renouveler l'application une à deux fois par jour.

### Mode d'administration

Voie cutanée.

Si vous avez l'impression que l'effet d'ARNIGEL est trop fort d

Si vous av  
vous n'ai  
Consultez

Si vous ou

Ne prenez la dose que vous avez oubliée de prendre.

**BOTTU SA**

**PPV : 45DH00**

**BOIRON**

# PROGAST 20 mg

## Oméprazole

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Oméprazole (DCI)	20 mg
Excipients : Saccharose/Amidon de maïs, Mannitol, Carboxyméthylamidon sodique, Laurylsulfate de sodium, Povidone, Hypromellose, Phtalate de hypromellose, Huile de Soja et Talc. qsp	1 gélule

### FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants
- Boîte de 7, 14 et 28 gélules.

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

- Antiulcéreux.

### DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Les indications thérapeutiques de la spécialité pharmaceutique PROGAST 20 mg Microgranules gastrorésistants en gélule, seront limitées à :

#### Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- - Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens et

antécédents  
est indispen

#### Enfant de p

- Œsophagite
- Traitement gastro-œsop

### COMMENT I

- Maladie ulc
- Selon le cas

- 1 gélule de P

Cette trithérapie

semaines supplé

- 1 gélule de Progast

• Œsophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 4 à

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

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour pendant 4 à

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

- 1 gélule de Progast 20 mg par jour.

PPV : 52DH80  
PER : 03/24  
LOT : K2832-5



**PROGAST® 20 mg**  
OMÉPRAZOLE

14 gélules



6 118000 210061