

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

- 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'Unité
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
M23-008380

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4658 Société : 195397

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEKRAOUI ABDERRAHMAN

Date de naissance : 01-01-1957

Adresse :

Tél. : 0653974351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. LAKHLOUFI SALEM**

Médecine Générale INP-091090951
Rue 18 N° 24 Bloc 6 Salmia 2 - Sidi Othmane
Tél : 05.22.38.16.20 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : M. ZEKRAOUI Abdelrahman Age : 1957

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

Nature de la maladie : Affection digestive et ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : Le : / /

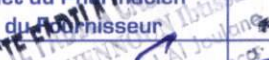
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
| 30.01.24 | CKRE | 1 | 16000 | |
| 05.02.24 | C | 1 | 16000 | |

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30.02.24 | CKKE | 1 | 16024 | |
| 05.02.24 | C | 1 | 16024 | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>PHARMACIE ELLALI CASABLANCA PHARMACIE ELLALI GUENAGUEN Mme ELLALI GUENAGUEN Salima 2 - Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092</p> | | <p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p> <p>Date: 30-01-2024</p> | <p>PHARMACIE ELLALI CASABLANCA Rue 18 Novembre Tél: 05 22 38 01 47 Mme ELLALI GUENAGUEN Salima 2 - Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092 INPE 09204566</p> |
| <p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> | | <p>Date</p> | <p>Montant de la Facture</p> |

| | | |
|--|--------------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Mme EL ALI GUENNOUN Salima 2 - Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092 | Date 30-01-2024 | Rue 18 N° Tél. Montant de la Facture 324 750,00 Salima 2 - Casablanca Tél.: 05 22 38 01 47 ICE: 002115854000092 INPE 032004806 |
|--|--------------------|---|

[illegible][illegible]

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

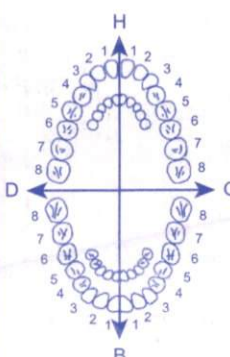
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

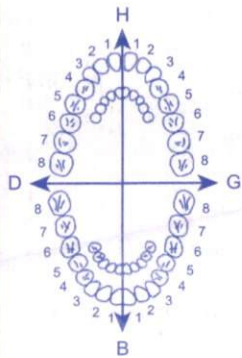
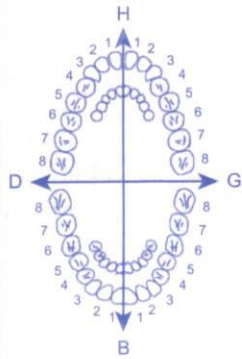
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> |
| H | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | |
|---|---|--|---------------------|-------------|--|
|  | | | | | 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 | | | |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D-----G</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | | 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. LAKHLOUFI Salem
MEDECINE GENERALE

الدكتور لخلو في سالم
الطب العام

Ancien Médecin aux F.A.R.
Rue 18 - N° 24 - Bloc 6
Salmia II - Sidi Othmane

Tél : 0522 38 16 20
Casablanca 04

المستعجلات
URGENCE
0666 24 38 82

الزقة 18 رقم 24 - بلوك 6
السالمية 2 - سيدي عثمان
الهاتف : 0522 38 16 20
الدار البيضاء 04

PHARMACIE FADILA CASABLANCA

Mme FILALI KENNOUN Ibessam

24, Rue 18 - Al Jouhar

Salmia 2 - Casablanca

Tél : 05 22 38 01 47

ICE : 00211505400000

Casablanca, le

30.01.24

الدار البيضاء، في

ZEKRAOUI Abdelmalek

99,50

① Depnativa

S.V.

41,70 (2) Rhex 20 g disp

S.V.

(à l'usage des 4'40) 1 CP

S.V.

89,50

Docivox Spray

94,00 2 pulv. 0.1 mg/ml

S.V.

24,70

S.P.

05.02.24.

⑤ Cardiflex 100

1 cp / 2 fois

Dr. LAKHLOUFI SALEM
Médecine Générale
Rue 18 N° 24 Bloc 6 Salmia 2 - Sidi Othmane
Tél : 05.22.38.16.20 - Casablanca

41120





Solution buvable
Voie orale

Dépura



FORME ET PRESENTATION :

Solution buvable, flacon de 200 ml

COMPOSITION :

Artichaut (Cynara scolymus) feuilles extrait sec, Ortie (ribes rigum) feuilles extrait sec, chardon marie (Silybum marianum) fruit extrait sec, vitamine B6, vitamine B12, jus concentré de pomme, jus concentré de prune, eau déminéralisée, fructose, arôme, conservateur : sorbate de potassium.

PROPRIETES :

DÉPURATTIVA® (à base d'actifs naturels végétaux) augmente la sécrétion et l'évacuation de la bile facilitant ainsi la digestion.

UTILISATIONS :

DÉPURATTIVA® est recommandé en cas de Troubles de la digestion d'origine hépatique : lourdeur digestive, digestion difficile.

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 à 2 cuillères à soupe par jour, pur ou dilué dans un verre d'eau, de préférence à jeûn.
- Bien agiter avant emploi.
- À utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Respecter la dose journalière conseillée.
- Tenir hors de portée des jeunes enfants.
- Conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research - Garbagnate Monastero (LC). - Italie. Importé et distribué au Maroc par Medipro pharma : Bd Rahal ElMeskini. 20120 - Casablanca.

Autorisation ministère de la santé n°: 20220907270/MAv3/CA/DPS/DMP/18

Lot:

À consommer
avant le:

230581
06/2027

PPC: 99,50 DH

Pharmalife
RESEARCH

Pharmalife Research srl - Fabriqué en Italie

8613DEP / MAR007

REMOX®

Piroxicam



p. gél.
20 mg
p. cp.
20 mg
p. sup.
20 mg
p. 100 g
1 g

Excipients q.s.

FORMES ET PRESENTATIONS

- Gélules à 20 mg
- Comprimés dispersibles à 20 mg
- Suppositoires à 20 mg
- Crème à 1 %

: boîte de 10 gélules
: boîte de 10 comprimés dispersibles
: boîte de 12 suppositoires
: tubes de 20 g et de 50 g de crème

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

Anti-inflammatoire non stéroïdien de la famille des oxicams.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC-PHAR

Route Régionale Casablanca / Mohammedia n° 322, Km 12.400 - Ain Harrouda 28630 Casablanca - Maroc.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans à :

Voie générale

- **Traitement symptomatique au long cours :**
 - des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou syndromes apparentés, tels que syndrome de Fiesinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique) ;
 - de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.
- **Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des :**
 - rhumatismes abarticulaires et affections aiguës post-traumatiques de l'appareil locomoteur telles que périarthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites, entorses ;
 - arthrites microcristallines ;
 - arthroses ;
 - radiculalgies.
- des douleurs aiguës telles que douleurs post-opératoires, douleurs post-traumatiques des dysménorrhées primaires.

Voie locale

Traitement local des états inflammatoires aigus du domaine rhumatologique notamment :

- rhumatismes périarticulaires aigus : entorses, tendinites, traumatismes, distensions musculaires.
- états aigus des arthroses : cervicarthrose, lomboarthrose, gonarthrose.

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament est contre-indiqué en cas de :

Absolues :

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que autres AINS, aspirine.
- Ulcère gastroduodénal en évolution.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère.
- Enfant de moins de 15 ans.
- Femme enceinte (à partir du 6^e mois).
- Antécédents de rectite ou de rectorragie (suppositoire).

Relatives :

- Anticoagulants oraux, autres AINS (y compris les salicylés à fortes doses), héparines (voie parentérale), lithium, méthotrexate (utilisé à des doses supérieures à 15 mg/semaine), ticlopidine.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE

Les patients présentant un asthme associé à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et/ou à une polypose nasale, ont un risque de manifestation allergique lors de la prise d'aspirine et/ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens plus élevé que le reste de la population.

L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme.

En raison de la gravité possible des manifestations gastro-intestinales, notamment chez les malades soumis à un traitement anticoagulant, il convient de surveiller particulièrement l'apparition d'une symptomatologie digestive. En cas d'hémorragie gastro-intestinale, interrompre immédiatement le traitement.

En raison de la gravité possible des manifestations cutanées, il convient de surveiller particulièrement l'apparition de ces dernières. En cas de manifestation cutanée ou muqueuse de type prurit, rash, aphte, conjonctivite, interrompre immédiatement le traitement. La prescription de piroxicam n'est pas recommandée pour le traitement des affections rhumatologiques ou post-traumatiques spontanément régressives et/ou peu invalidantes.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- La survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou aux AINS (cf. Contre-indications).
- Le piroxicam sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs (ulcère gastroduodénal, hernie hiatale, hémorragies digestives ...), de rares cas mortels d'ulcères, de perforations et de saignements gastro-intestinaux ayant été rapportés.
- En début de traitement, une surveillance attentive du volume de la diurèse et de la fonction rénale est nécessaire chez les malades insuffisants cardiaques, hépatiques et rénaux chroniques, chez les patients prenant un diurétique, après une intervention chirurgicale majeure ayant entraîné une hypovolémie, et particulièrement chez les sujets âgés.
- Il n'y a pas lieu de réduire la posologie chez le sujet âgé.