

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-664736

NO 7079

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 0000697	Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANNE AMINE YACIKA N <small>e</small> HALIM
Nom & Prénom : ANNE AMINE YACIKA N <small>e</small> HALIM		Date de naissance : 01/01/1940	Adresse : Rejet b7AR BEN EL KHATIB, IT, AN NIR Lasa
Tél. : 0664914267		Total des frais engagés : 678,20 Dhs	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	03/03/2022
Nom et prénom du malade :	AMINE Malika
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Gonalgue bilatéral
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous procédure de confidentialité à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/03/2022

Signature de l'adhérent(e)



RELEVE 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
03 03 2022	2	2	300,00	INP 091121004 Dr. Moussa ROUAJI Spécialiste en Chirurgie Orthopédique Médecin de la Dent et des Dents

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SHAZALI Signature de Khalil	03/03/22	258,20

INP 092 109792

ANALYSES - RADIGRAPHIES

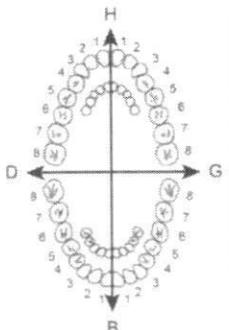
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

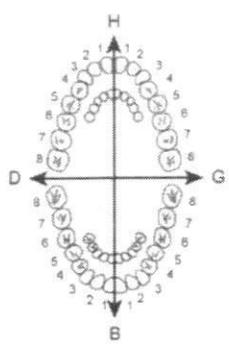
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03 03 2022			12		120,00

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
D	00000000	00000000
	35533411	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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Docteur Moussa ROUAJI
MEDECIN**

Spécialiste en Chirurgie

Traumatologique et orthopédique

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble

AUT N° 13751

Casablanca, le 03/03/2022

Dr. MOUSSA ROUAJI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatolo...
164, Rue de la Croix Derb El Kabir - Casablanca, le 03/03/2022

الدكتور موسى رواجي

طبيب

و جراح اختصاصي في انشقاق

و أمراض العظام والمقاصيل

خريج كلية بكر نبيل

AUT N° 13751

الدار البيضاء، في

AMINES Dalké
15
Twfeud 4 (II)
11 12 jas
Coltrax (2) 15
12 serbou Jels 100
S.P.
15 12 jas
258,20

54,10 x 2	108,20
51,00 x 2	102,00
4,00 x 12	
48,00	
<hr/>	
258,20	

Dr. Moussa ROUAJI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et orthopédique

164, Rue de la Croix Derb El Kabir - Casablanca, le 03/03/2022

رقم 164 زنقة لا كروا، درب الكبير - الهاتف 05.22.80.11.35 - ج س م : 06.61.16.41.64 - الدار البيضاء

164, Rue de la Croix Derb El Kabir - Tél. : C. 05.22.80.11.35 / GSM : 06.61.16.41.64 - CASABLANCA

COLTRAX® 4mgComprimés,
Boîtes de 12**COLTRAX® 4ml/2ml**

Ampoules,

Boîtes de 6 ampoules de 2ml

THIOCOLCHICOSIDE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**Composition qualitative et quantitative**

Comprimés	p cp
THIOCOLCHICOSIDE (DCI)	4 mg
Excipients Q.S.P	1 Comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM	p ampoule
THIOCOLCHICOSIDE (DCI)	4 mg
Excipients Q.S.P	2 ml

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium (IM)

Classe pharmacothérapeutique

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Traitements d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**POSOLOGIE :**

Comprimés :

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Solution injectable IM :

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépasser pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme.

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.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

DUREE DE TRAITEMENT :

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

ATTENTION !**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais COLTRAX :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la thiocolchicoside, à la colchicine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte.
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.
- Si vous allaitez.
- En cas de trouble de la coagulation ou si vous suivez un traitement anticoagulant (contre-indication liée à la voie intramusculaire) Pour la forme Ampoules.

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENNENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- De la somnolence.

Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

Les effets indésirables suivants surviennent rarement :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une c

Les effets indésirables**Indéterminée :**

- Ce médicament peut provoquer un œdème de Quincke visage pouvant entraîner provoquer également un allergique grave mettant brutal et baisse importante précédée d'une éruption de rougeurs sur la peau gonflement du visage.

- Des convulsions épileptiques.

- Une atteinte du foie.
- Un malaise de type les minutes suivant ampoules.

Si l'un de ces effets surviennent, contactez immédiatement votre médecin.

LOT 07721

UT AV 30 2024

PPV 51.00 DH

Coltrax® 2 ml**6 ampoules**

6 118000 120339



Profenid®

Kétoprofène

100 mg/2 ml

Solution injectable IM

sanofi aventis

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

PROFENID® 100 mg/2 ml, solution injectable (I.M.).

b) Composition :

Kétoprofène 100 mg.

Excipients : arginine, alcool benzylique, acide citrique monohydraté, eau pour préparations injectables q.s.p. 2 ml.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Solution injectable IM à 100 mg/2 ml : ampoule de 2 ml, boîte de 6.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS. (M. Muscle et squelette).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), en traitement de courte durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires en poussée,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- certaines douleurs intenses,
- crises de coliques néphrétiques (crises douloureuses du bas d'voies urinaires).

Ce médicament est généralement administré par voie injectable lorsqu'il ne peuvent être utilisées.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

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

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée)
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie, du rein, du cœur,
- troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours

LOT 0199
PER 12 23
PPV 54.10 DH

Profenid® 100 mg/2 ml

Solution injectable IM

6 Ampoules



6 118000 000505



Profenid®

Kétoprofène

100 mg/2 ml

Solution injectable IM

sanofi aventis

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

PROFENID® 100 mg/2 ml, solution injectable (I.M.).

b) Composition :

Kétoprofène 100 mg.

Excipients : arginine, alcool benzylique, acide citrique monohydraté, eau pour préparations injectables q.s.p. 2 ml.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Solution injectable IM à 100 mg/2 ml : ampoule de 2 ml, boîte de 6.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS. (M. Muscle et squelette).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), en traitement de courte durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires en poussée,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- certaines douleurs intenses,
- crises de coliques néphrétiques (crises douloureuses du bas d'voies urinaires).

Ce médicament est généralement administré par voie injectable lors ne peuvent être utilisées.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

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

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée)
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie, du rein, du cœur,
- troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours

LOT 0199
PER 12 23
PPV 54.10 DH

Profenid® 100 mg/2 ml

Solution injectable IM

6 Ampoules



6 118000 000505