

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-625547

131214

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72202 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SADDOUN DOUNIA
 Date de naissance : 25/01/81
 Adresse : Résidence Labbay Bd Almoravide
 Rm, N°12 Adhamed
 Tél. : 062063260 Total des frais engagés : 42000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/09/2022
 Nom et prénom du malade : MAKHLOUFA ZAKARIA
 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 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 : 26/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/09/2016 | | | 200 dh | INP : 091040998 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 26/09/2016 | 291,70 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | 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 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|------------------------------------|---|----------|---|----------|---|----------|---|
| | <table border="1"> <tr><td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>11433553</td></tr> </table> | H | 21433552 | D | 00000000 | G | 00000000 | B | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | 21433552 | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | | | | | | | | |
| | G | 00000000 | | | | | | | | |
| | B | 11433553 | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | |
| | | | 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

Docteur Fatiha Chemlali

الدكتورة فتيحة شملالي

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

الفحص بالصدى

Casablanca, le : 26/09/2022 الدار البيضاء في

MAKHLOUFI Zakaria

47.8

1 Dague

2 p x 3i

47.8

119.17

2. Ritzel

45.8

3. Custer 10

100

29.1

4. Hircularam 10

0522.22.85.46 : 119, شارع بوركون (أمام مستشفى أحد) الدار البيضاء - الهاتف

119, Bd. Bourgoane - Résidence Phénicia - 1er étage (en face de centre de santé OUHOUD) Casablanca - Tél : 0522.22.85.40

292.70

DASEN[®] 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN[®] 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE 10 000 unités*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophtalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZY MOTHERAPIE à visée antiœdémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al aouam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre
de traitement.

PRÉCAUTION

EN CAS DE D
OU DE VOTRI

PPV :

EXP :

Lot N° :

47.80

la période

MEDECIN

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

RISONEL® 0.05%

FUROATE DE MOMÉTASONE

Boîte d'un flacon de 140 doses

Suspension pour pulvérisation nasale.

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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.

COMPOSITION DU MÉDICAMENT :

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

Furoate de mométasone monohydratée..... 51,8 microgrammes,

Quantité correspondant à furoate de mométasone anhydre.....50 microgrammes Pour une dose.

Une pulvérisation, délivre une dose de 50 microgrammes de furoate de mométasone anhydre.

Ce médicament se présente sous forme de suspension pour pulvérisation nasale. Boîte de 140 doses. Un flacon correspond à 140 Pulvérisations

Les autres composants sont :

Excipients : Glycérine, Cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodique, Citrate de sodium dihydraté, Acide citrique monohydraté, solution de chlorure de benzalkonium, Polysorbate 80, Eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium, glycérine.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ :

CORTICOÏDE A USAGE LOCAL, (R: système respiratoire).

Le furoate de mométasone est un glucocorticoïde. Il exerce une activité anti-inflammatoire locale.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Ce médicament contient un corticoïde. C'est un traitement anti-inflammatoire qui s'administre par voie nasale.

Il est indiqué :

- chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans, en traitement de la rhinite allergique,
- chez l'adulte pour soulager les symptômes dans les fosses nasales.

POSOLOGIE :

Rhinite allergique :

- Adulte et enfant de plus de 12 ans : 2 pulvérisations dans chaque narine 2 fois par jour. Les symptômes sont améliorés, la dose dans chaque narine par jour.
 - Enfant entre 3 et 11 ans : la dose habituelle est de 1 pulvérisation dans chaque narine une fois par jour le matin.
- La mise en route et la durée du traitement en sont fonction de l'exposition allergénique.

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

Polypose nasosinusienne :

La dose habituellement efficace est de 2 à 4 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour. Lorsque les symptômes persistent, consultez votre médecin.

• En cas de persistance des troubles, ne prenez pas de médicament sans l'avis de votre médecin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale,

- Agiter légèrement le flacon avant utilisation.
- Lors du premier usage, la pompe peut être inutilisée, celle-ci reste amorcée par la première pulvérisation. Le flacon doit ensuite être réamorcé par une nouvelle pulvérisation.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Durée du traitement :

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Fréquence d'administration :

Veillez à toujours prendre ce médicament à la même heure. Consultez votre médecin ou pharmacien. Vérifiez la date d'expiration du médicament. En cas de doute.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais RISONEL® 50 microgrammes par pulvérisation nasale dans les cas suivants :

- allergie à l'un des composants,
 - saignements du nez,
 - en cas d'herpès du nez, de la bouche ou de la gorge,
 - enfant de moins de 3 ans en l'absence de diagnostic médical.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, RISONEL® 50 microgrammes par pulvérisation nasale est susceptible d'avoir des effets indésirables. Dans le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de survenue de maux de tête, de douleurs de gorge, d'irritation ou de sensation de brûlure dans la gorge, de la muqueuse du nez, de réactions allergiques, de manifestations cutanées, et très rarement de réactions graves.

Une candidose nasale peut parfois apparaître. Si elle survient, consultez votre médecin. Un traitement et d'envisager un traitement approprié. Envisagez avec votre médecin un traitement approprié. Le traitement corticoïde jusqu'à guérison de la candidose.

Très rarement : possibilité de glaucome (augmentation de la pression intra-oculaire), cataracte (opacification du cristallin), cas de persistance des symptômes ou de réactions graves. Consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A CONSULTER VOTRE MÉDECIN. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, consultez votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable non mentionné dans cette notice.

CONSERVATION EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Conservation en garde :
- En cas de surinfection (mouchoir purulent), de fièvre, de douleurs concomitantes, prévenir votre médecin.

Curtec®

Cétirizine

10 mg

COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate 10 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS

- Si vous êtes allergique à l'hydroxycétirizine ou à l'éthylène

- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6

PPV: 45DH8 0

PER: 06/25

LOT: L2006



Auricularum®

Poudre auriculaire

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.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Poudre

| | |
|--|----------------|
| Chlorhydrate d'oxytétracycline | 90.000 U.I. |
| Sulfate de polymyxine B | 100.000 U.I. |
| Nystatine | 1.000.000 U.I. |
| Phosphate sodique de dexaméthasone | 10,00 mg |
| Excipient : Laurylsulfate de sodium | |

Pour un flacon

Solvant : 10 ml de chlorure de sodium 0,9%

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Poudre auriculaire en flacon avec solvant (10 ml), boîte unitaire.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Corticoïde et Anti-infectieux

DANS QUELS CAS UTILISER

- Ce médicament est utilisé en cas de bactérie ou champignon.
- Ce médicament est utilisé avant ou après intervention chirurgicale en oto-rhino-laryngologie.

LOT 221210 1

EXP 04 2024

PPV 79.00 DH

de l'otite externe à

ints d'otite chronique
veille dans certaines
ste ou le spécialiste en

ATTENTION !