

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

M22- 0008250

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10708 Société : RM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL SOMRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Khalid AMAR
Pédiatre
72 Bd Zerkouni Etg 4 Appt 12
Casablanca - Tél: 0522 47 45 72

Date de consultation : 22/10/2019

Nom et prénom du malade : Halhah Ned Taha Age: 10A/2

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

Nature de la maladie : Hypogonadisme + Diabète

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : + Brûlure


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 : CAS Le : 22/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

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
24/10/22	CV		25.000	 <p>Dr Khalid AMAR Pédiatre 72, Bd Zerkouni Etg 4 Appt 12 Casablanca - Tél: 0522 474572</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/22	117.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

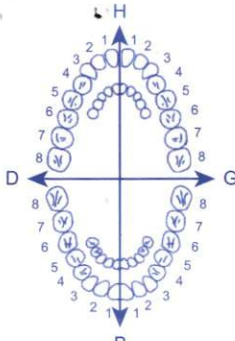
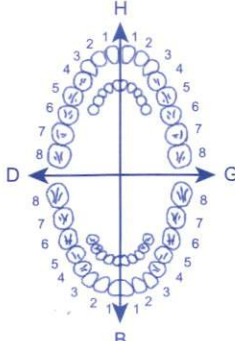
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	
				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 style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>11433553 21433552</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

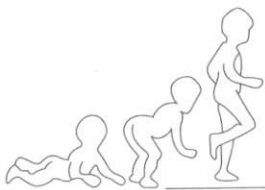
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

إختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيق)

Casablanca le 22/10/22 في الدار البيضاء

Hachani Med Taher

PPV: 55.00 DH
LDT: 63306
PER: 02/24

SS. -
1/- Amoxyl 1g cp
1 cp x 21 J antibiotique

2/- Ventolin spray

22. - 2B x 31 J

31- Nalgau cp

23. - 1 cp x 21 J

41- Paresol

12.75 Papp x 31 J

81- Eudril

Dr Khalid AMAR
Pédiatre
72, Bd Zerkouni, 4^{ème} Etage, 12
Casablanca - Tél: 0522 47 45 72

72 شارع الزركوني الطابق الرابع. الرقم 12. (قرب سوق الورود). 20140 الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni, 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca

Tél.: 0522 47 45 72 - G.S.M.: 0661 41 15 87 - E-mail: k.amar@menara.ma

117.75

HASSAN II
Quartier Cuba
Casablanca - Tél: 0522 20 44 23

MOLGAM®

Acide tiaprofénique

Composition :

Molgam® 100 mg

Acide tiaprofénique 100 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé

Molgam® 200 mg

Acide tiaprofénique 200 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé

Propriétés:

Anti-inflammatoire non stéroïdien, appartenant au groupe des propioniques, dérivé de l'acide aryl-carboxylique.

Indications :

Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 kg soit environ 4 ans au :

- Traitement symptomatique au long cours :

- des rhumatismes inflammatoires chroniques ; notamment polyarthrite rhumatoïde,
- de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.

- Traitement symptomatique de courte durée :

- des poussées aiguës d'arthrose, de lombalgies,
- des affections aiguës post-traumatiques bénignes de l'appareil locomoteur,
- dysménorrhées après recherche étiologique,
- traitement des douleurs inflammatoires dans les domaines ORL (bouche, gorge, nez, oreille) et stomatologique.

Contre indications :

Absolues :

Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise d'acide tiaprofénique 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 kg.

Femme enceinte (4 derniers mois).

Relatives :

Autres AINS y compris les salicylés à fortes doses, anticoagulants oraux, héparine par voie parentérale, lithium, méthotrexate utilisé à des doses > 15 mg/semaine, ticlopidine, femme enceinte (5 premiers mois) ou qui allaite.

Mises en garde et précautions d'emploi :

Interrompre le traitement en cas d'hémorragie *gastro-intestinale*

Prévenir le médecin en cas de :

Antécédents digestifs, insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque. Insuffisance respiratoire, Asthme...



GEL POUR APPLICATION BUCCALE

Pansoral

SALICYLATE DE CHOLINE, CHLORURE DE CÉTALKONIUM

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

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, 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.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

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

1. QU'EST-CE QUE PANSORAL, gel pour application buccale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : PREPARATIONS POUR LA STOMATOLOGIE/AUTRES AGENTS POUR TRAITEMENT LOCAL - code ATC : A 01AD11 (A: Appareil digestif et

métabolisme).

Ce médicament est préconisé pour le traitement d'appoint de courte durée des douleurs liées aux états inflammatoires et ulcéreux de la muqueuse buccale (petites blessures buccales).

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?

N'utilisez jamais PANSORAL, gel pour application buccale :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6, en particulier si vous avez des antécédents d'allergie aux médicaments salicylés (aspirine...).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPECIALISTE DENTAIRE.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser PANSORAL, gel pour application buccale. En l'absence d'amélioration au bout de quelques jours, consultez votre spécialiste dentaire. En effet, une irritation due à votre prothèse peut nécessiter une adaptation de celle-ci et l'application de ce traitement ne constitue qu'un geste d'attente.

ATTENTION CE MEDICAMENT CONTIENT 39 g D'ALCOOL POUR 100 g.

Enfants

CE MEDICAMENT

Autres médicaments

buccale

Informez votre

avez récemment

médicament

Grossesse, allaitement et fertilité

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.

PANSORAL

GEL BUCCAL T15G

P.P.V : 23DH00



6 118000 012078

application

utilisez,
autre

ELUDRIL® 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml

Chlorhexidine-Chlorobutanol
solution pour bain de bouche

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
3. COMMENT UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
1. QU'EST-CE QUE ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

conseillé comme traitement local d'appoint des
de la cavité buccale et lors de soins
opératoires en odonto-stomatologie.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?

N'utilisez jamais ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche

L'utilisation de ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche est contre-indiquée en cas d'hypersensibilité (*allergie*) à la chlorhexidine, au chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution.

Faites attention avec ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche

Ne pas mettre le produit au contact des yeux et du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif.

En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée.

Une utilisation prolongée peut exposer à une coloration des dents, obturations et prothèses. Ce médicament contient un agent colorant azoïque (E124) et peut provoquer des réactions allergiques.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation, ...).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

ord
phar
Gro
Penc
dem
phar

LOT : 22E009
PER : 06/2025

**ELUDRIL
SOLUTION 90 ML**

P.P.V : 17DH70



6 118000 010548

Liste des excipients a effet notoire :

Rouge cochenille A (E124), alcool.

3. COMMENT UTILISER ELUDRIL 0,5 ml/0,5 g pour 100 ml, solution pour bain de bouche ?

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS

Mode d'administration

Utilisation locale en bain de bouche.

La solution doit être diluée avant utilisation.