

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7537 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAQUI LATIFA

Date de naissance : 26-02-1962

Adresse : By el mansour 6, Rue des camilias CASA

Tél. : 06 63 18 45 16 Total des frais engagés : 1191.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tel. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MOUSTAQUI LATIFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme Bruxismal

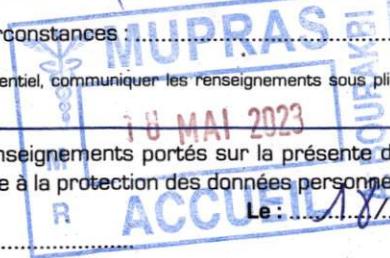
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 10 MAI 2023

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
3/11/23	S		300 Dhs	Dr. N. LATI IDRISI TRAUMATO - ORTHOPEDISTE 75, Boulevard Massira Al Khadra Tél. : 05 22 25 25 16 Fax : 05 22 25 25 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. LATI IDRISI Casablanca 05 22 25 25 07 - Casablanca 03 22 30 38 99	3/11/23	77120

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
Dr. A. Latifi IDRISI Médecin Expert Echographie des Tendonaux et des Ligamentaux Casablanca 05 22 25 25 07	3/11/23	7	1	X	10	180 A = 1200 M

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTAL TREATMENT CHART

H 1 2 3 4 5 6 7 8

D 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 G

B 1 2 3 4 5 6 7 8

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION

Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumatolo-orthopédique



الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب ببنات

رئيس قسم و جراح مستشفيات بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le :

03/04/2023

Mr. (Mme) :

Moustaidou

10820 prof-id my



(2)

12600 Prof-id my



(2)

unite
6300x2

38000 Ri ASCH E Blue Zeeq qd 12



188.00x2

50000 H YO F L E X gl



ROUTE
D'AZEMMOUR
Hessini 57 - Darb Guarda
el.: 05 22 90 38 99

12500 D E - I unte



DR. N. LATIF IDRISI

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

75, Boulevard Massira Al Khadra

Tel. : 05 22 25 25 16

Fax : 05 22 25 25 07

10000 B E L M A g



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

LOT 221326 2

EXP 04/2025

PPV 63.00 DH

LOT 224153 4

EXP 11/2025

PPV 63.00 DH

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

DI-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 05/2024

LOT 21012-1



PIASCLEDINE 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS
6 118001 072644

BELMAZOL® 20 mg

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 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 pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :

Oméprazole 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin (E132), gélatine.

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de Helicobacter pylori (H pylori) dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'oesophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une oesophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-oesophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'oesophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-oesophagien.

Enfant de plus de 4 ans et adolescent :

- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par Helicobacter pylori.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazoles ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le neflénavir.

b) INFORMATIONS SUR LE MEDICAMENT ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

PRÉCAUTION :

Les patients peuvent nécessiter un traitement à long terme bien

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

a) POSOLOGIE USUELLE

• Adulte :

Traitement des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

Prévention des récidives d'ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

5 : 1 à 2

gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

5 : 1 à 2

Eradication de Helicobacter pylori : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 14 jours.

un 2 fois

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant une semaine.

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + 500mg ou tinidazole 500 mg par jour pendant 14 jours.

10 mg (ou

- soit 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg + 500 mg ou tinidazole 500 mg par jour pendant 14 jours.

400 mg

Si le patient présente i

Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

gélule de

Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS chez les patients à risque (âge > 60 ans, antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement de l'oesophagite par reflux : 1 à 2 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines.

gélule peut

Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une oesophagite par reflux : la dose peut augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

Traitement du reflux gastro-oesophagien symptomatique : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison : 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à 80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-oesophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

(Oesophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et > 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-oesophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

(Oesophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par H.pylori :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUTES LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

5. VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

a)

les de Belmazol® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de les

MYOFLEX®

Gel pour massage

Forme et Présentation:

Crème en tube doseur

Crème en tube de 35g

LOT : 01/22
PER : 02/2025
PPC : 59,00DH

Propriétés:

MYOFLEX est un gel qui aide à soulager les douleurs dans les articulations.

Massage pour sportifs et préparations aux exercices physiques.

Utilisations :

Étaler MYOFLEX sur le corps et effectuer un massage en douceur, répéter si nécessaire.

Précautions d'emploi :

Ne pas avaler et tenir hors de portée des enfants.

éviter le contact avec les yeux.

Ne pas utiliser en cas de sensibilité à l'un des constituants.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité et à température ambiante.

Ingrédients :

Aqua, Ethyl Alcohol, Glycerin, Menthol, Camphor, Polysorbate-60, Carbomer, Sodium Hydroxide Parfum, Eucalyptus Globulus Leaf Essential Oil, Eugenia Caryophyllus Bud Oil Essential Oil, Lavandula Angustifolia Essential Oil, Sodium Benzoate, Potassium Sorbate.

Fabriqué par :

PHARMA SPECTRA COSMETICS
205 BD MOHAMED BOUZIANE
RES FARHATINE 11, N° 03
CASABLANCA - MAROC



MEHQ 22710 - 2012



MEHQ 22710 - 2012



Profenid®

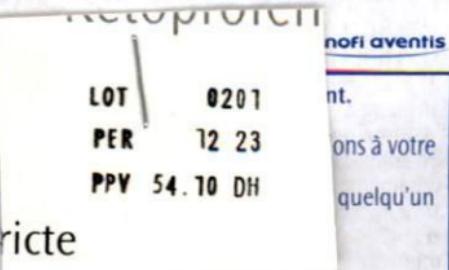
Kétoprofène

100 mg/2 ml

Solution injectable IM

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice.

- Elle contient des informations importantes sur ce médicament.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un problème de santé, consultez votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit par un autre, même en cas de symptômes identiques.
- 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 benzyllique, 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, ANTRHUMATISMAUX, 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 du dos suite à un blocage des voies urinaires).

Ce médicament est généralement administré par voie injectable lorsque les voies orale et rectale 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 du produit,
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- 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,

13/4/23

L

12 g x 10 m = 120 m
(cut mag ch)

F H



Cachet du médecin