

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'H:
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

M23-012017

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1205 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : MOUNTASSIR MOSTAFA
Date de naissance : 14.04.1953
Adresse : HAYESSAADIA Rue 8 N° 46 HAY MAZOLA - CASA
Tél. : 0681111655 Total des frais engagés : 42,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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

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 : 17 / 01 / 2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/12/23

42,60

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

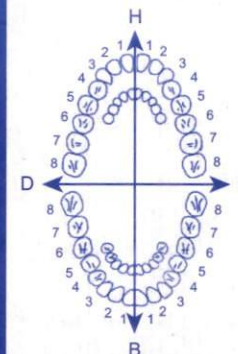
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

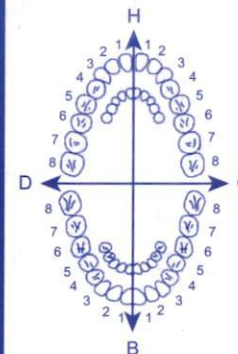
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(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

PHARMACIE MENJRA
DR.MENJRA Samir
16,ANGLE RUE 4 ET BD IBN SINA
HAY HASSANI CASA
Tel : 022895005

16,ANGLE RUE 4 ET BD IBN SINA

Tel : 022895005

C.N.S.S : 2157651

Patente : 35012450

INPE : 092042340

ICE : 2090175000069

Date :

11/12/2023

CLIENT : MOUNTASSIR MOSTAFA

DESIGNATION	QTE	PU	MONTANT
ANTIBIOSYNALA GOUTTES	1	19,40	19,40
BOURGET COMP	1	23,20	23,20
TOTAL			42,60

Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
Angle Bd. Indou Sinabla Rue 2
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 58 65

ANTIBIO-SYNALAR

Gouttes auriculaires

Flacon de 10 ml avec compte gouttes

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

أنتيبو سينلار

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus tard à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet inhabituel, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétonide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Excipients: Pour 100 ml de solution.

Excipient à effet notoire: Phénylmercure 100ml

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tiédifier le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:

- Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.
- Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.
- Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.
- Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.
- Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.
- Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression

BOURGET INOSITOL®

BOURGET INOSITOL®

PPV 23DH20
EXP 03/2026
LOT 33005 8

DENOMINATION DU MEDICAMENT

BOURGET INOSITOL® Comprimés effervescent

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant les informations fournies 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 à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.
- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après (3 jours).

Que contient cette notice?

1. Qu'est-ce que BOURGET INOSITOL® Comprimés effervescent et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre BOURGET INOSITOL® Comprimés effervescent ?
3. Comment prendre BOURGET INOSITOL® Comprimés effervescent ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver BOURGET INOSITOL® Comprimés effervescent ?
6. Informations supplémentaires.

1 - QU'EST-CE QUE BOURGET INOSITOL® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

- **Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité**
Anti-acide, cholérétique et lipotrope.

- Indications thérapeutiques

Traitement symptomatique des troubles dyspeptiques :
- brûlures et aigreurs de l'estomac ou de l'œsophage.
- Pesanteur.

2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE BOURGET INOSITOL® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

- **Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :**
Sans objet

- **Ne prenez jamais BOURGET INOSITOL® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS (Contre-indications)**

Si vous êtes allergique à l'un des principes actifs et en cas d'allergie à l'un des excipients

- **Faites attention avec BOURGET INOSITOL® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)**

Prendre en compte la teneur en sodium dans ce médicament, pour les patients contrôlant leur apport alimentaire en sel et pour les patients suivant un régime désodé strict.

- Sportifs

Sans objet

- **Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines**

Sans objet

- Excipient à effet notoire

Sodium : environ 453,14 mg par comprimé effervescent.