

# 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

- Reclamation : 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**

**M24- 0007993**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : IARISSA SOUMAYA  
 Date de naissance : 20/02/23  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

### 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M24- 007993**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :





FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DEPOT

W

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14	Signature de l'adhérent
Fonction	retraité	Matricule	3189	
Mail				

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient	IDRISSI SOUMAYA	Age	28 / 06 / 2003	Date de la première visite	
Nature de la maladie		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Signature et cachet du médecin			

## RELEVÉ DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
14-03-24	219,4

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
14/03/24	Radiographie panoramique	250,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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										
	37	38	D10											
				Montant des soins										
				200,00										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire			Coefficient des travaux										
	<table><tr><td>H</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td></td></tr></table>			H	21433552	D	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		G
H	21433552													
D	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
(Création, Remont, adjonction)				Montant des soins										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														
				Date du devis										
				Fin de l'exécution										

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM du Patient :		DECLARATION N°	
		W	
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

Cachet MUPRAS

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois



## NOTE D'HONORAIRE

NOM ET PRENOM DU MEDECIN : Dr. ELLOUXE Mohammed  
N° DE L'INPE : 034178350  
N° DE L'ICE : 001710492000065  
CNSS : 1463531  
N° DE L'IF : 40141070  
T.P : 49600952

Guelmim, Le

الأسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاسنان Signature et Cachet du Médecin Dentaire

Montant global : .....

Mode de paiement : Espèce ☐

Chèque ☐

Signature et Cachet

## NOTE D'HONORAIRE

NOM ET PRENOM DU MEDECIN : Dr. ELLOUXE Mohammed  
N° DE L'INPE : 034178350  
N° DE L'ICE : 001710492000065  
CNSS : 1463531  
N° DE L'IF : 40141070  
T.P : 49600952

Guelmim, Le

14/03/24

IDriss Saumaya

الأسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الاسنان Signature et Cachet du Médecin Dentaire
37		Extraction			200,00 dh	
					14/03/24	
		Radio panoramique			200,00 dh	
					14/03/24	

Montant global : 400,00 dh

Mode de paiement : Espèce ☒ Chèque ☐

Signature et Cachet

DR ELLOUXE Mohammed  
Chirurgien Dentiste  
Av Mohamed VI, Imm 119, 1er Etage  
Appart n° 1 Guelmim  
Tél: 0528.87.15.12

# Cabinet Orthodontie

Dr. Mohamed ELLOUXE  
Docteur en Médecine Dentaire  
de la F.M.D Casablanca  
Ex. Médecin au C.H.U. Ibn Rochd  
Ex. Médecin au F.A.R

## عيادة تقويم الأسنان

الدكتور محمد اللوكس  
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
طبيب سابق بالمركز الإستشفائي  
الجامعي ابن رشد  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

### ORDONNANCE

Guelmim, Le: 14/03/24

Dr. ELLOUXE Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Av. Méd. VI, Imm. 119, 1er Etage  
Appart n°1 Guelmim  
Tél: 0528.87.15.12

SOUSSA

116.80

33.60

69.50

69.50

3/ panyu

1) Biotic plus 7y

2) Aciger 6y

3) panyu

Pharmacie POPULAIRE  
RIGATI Embark Bachir  
Docteur en Pharmacie  
17/48, Av. Hassan II - SIDI IFNI  
Tél: 0528.87.52.52

219.40

DR ELLOUXE Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Av. Méd. VI, Imm. 119, 1er Etage  
Appart n°1 Guelmim  
Tél: 0528.87.15.12

عمارة رقم 119، الطابق الأول شارع محمد السادس (طريق أكادير أمام المسجد الأعظم) كلميم  
Imm, N°119, 1 Etage Av Med 6 (Rte d'Agadir en face de la Mosquée Aadam) Guelmim

Tél : 05.28.87.15.12

E-mail: ellouxe80@gmail.com



# ACIGAM<sup>®</sup> 200mg

## Acide tiaprofénique

Comprimés sécables, Boîte de 20 comprimés

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'usage de ce médicament vous cause des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

20 Comprimés sécables

### COMPOSITION

1. QUES-CE QUE ACIGAM<sup>®</sup> 200 mg

Acide tiaprofénique.....200 mg

Excipients : .....q.s.p 1 comprimé sécable.

التريجيبي

حصص تيaprofénique

200 ملغ

لأن لكل قرص قابل الكسر

AMM N° 449/17 DMP/21

.....dans les pharmacies

# ACIGAM

## Acide tiaprofénique

PPV : 33 DH 60

PER: 11/25  
LOT: M4064

20

Comprimés  
Sécables

b

battu'a  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sedella - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale

ACIGAM 200 mg

20 Comprimés sécables



6 118000 041986

• Ou vous pensez avoir des facteurs de risques de maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète, maladies du cœur, etc.).

• Si vous avez des antécédents de crises cardiaques ou d'accident vasculaire cérébral. Le traitement d'ACIGAM<sup>®</sup> peut également augmenter le risque de saignement.

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

• Si vous avez des antécédents de saignements anormaux (par exemple, saignements du nez, saignements des gencives, saignements de la peau, etc.).

# BIOTIC PLUS®

Amoxicilline + Acide clavulanique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- 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

Prise ou utilisation d'autres médicaments :  
Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Associations déconseillées : - Méthotrexate : augmentation des effets et de la toxicité hématologique du méthotrexate par inhibition de la sécrétion tubulaire rénale par les pénicillines.  
Associations à prendre en compte :  
- Allopurinol : risque accru de réactions cutanées.  
- Anticoagulants oraux : surveiller avec attention le temps de Quick ou l'INR.  
- Probenécide : L'utilisation concomitante de probénécide peut conduire à une augmentation prolongée de la concentration sanguine d'amoxicilline, mais pas de l'acide clavulanique.  
Interactions avec les aliments et les boissons : sans objet  
Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives : sans objet

ANTIBIOTIQUE

# BIOTIC® PLUS

Amoxicilline + Acide clavulanique

1g/125 mg

Poudre pour suspension buvable

14  
Sachets

ADULTE

Voie orale

GALENICA

Biotic 1g/125mg

Bte 14 sachets

PPV: 116,80 DH



6 118000 191025

مضاد حيوي

بيوتيك بلس

1 غ/125 ملغ

اموكسيسيلين - حمض كلافلانيك  
علبة من 14 لفيفة

la clairance de la créatinine ou de la créatininémie.

- L'association amoxicilline/acide clavulanique doit être utilisée avec prudence chez les patients présentant des signes d'insuffisance hépatique.

- En cas d'administration de doses élevées d'amoxicilline, un apport hydrique suffisant doit être assuré, pour réduire les risques de cristallurie.

- En cas de traitement prolongé, il est recommandé de surveiller les fonctions hépatique et rénale.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

**BIOTIC PLUS® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.**

Enfants et adolescents : sans objet

Adulte insuffisant rénal (poids > 40 kg) :

Clairance de la créatinine : > 30 ml/min : Pas d'adaptation nécessaire entre 10 et 30 ml/min : 2 comprimés, 2 sachets à 500 mg ou 1 sachet toutes les 12 à 24 heures.

< 10 ml/min : Pour les patients traités ou non par hémodialyse, les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Sujet âgé : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est < 30 ml/min.

Sachets 500 mg Enfant, Suspension 100 mg Enfant et Suspension 100 mg Nourrison :

\*Adultes et enfants de 40 kg ou plus : Ces sachets et suspensions ne sont généralement pas recommandés pour les adultes et les enfants pesant 40 kg ou plus.

• Enfants pesant moins de 40 kg : Toutes les doses sont établies