

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-430450

37333

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : R 0678 | | Société : Royal air maroc | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Zoubida |
| Nom & Prénom : MA MARI | | Date de naissance : 22 Aout 1945 | |
| Adresse : 27 J Br. Bouikhene Appart. Residence AL KASBET AL ALLA / Rabat | | Tél. : 06 61 22 31 02 | |
| | | Total des frais engagés : 784,50 Dhs | |

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| <div style="text-align: center;"> DOCTEUR MOURIR EL MALKI "Pédiatre et Chiropraticien" Mutuelle : 001 00 00 00 00 00 MRP : 00 00 00 00 00 00 30, Rue Abdelloumen - Rabat Tel : 05 37 70 79 27 </div> | |
| Date de consultation : 05/07/2020 | Nom et prénom du malade : Mohamed Soubida |
| Lien de parenté : Conjoint | Age : 19,5 |
| Nature de la maladie : Maladie musculosquelettique | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : **Rabat**
Signature de l'adhérent(e) : **MA MARI**



| 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 |
| 25/07/2020 | 35 | | 300 | INP : 101057867 |
| | | | 100 | Docteur Mourad EL MAADE Radiologie - Acadie des Os Chiropraticien Casablanca - Rabat |

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Chai de la Pharmacie | Date | Montant de la Facture |
| 10200331 / PHARMACIE DE L'HELMETTE / 1996 | 23.07.2020 | 484,50. |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Spécialiste en Rhumatologie,
Maladie des Os et des Articulations
Chiropracticien - Mésothérapie -
Sur Rendez-vous

مختص في أمراض العظام والمفاصل
والروماتيزم والتروبيض الطبي

15, AV. DE MICHAILA, AÏDAL, RABAT.
PHARMACIE DEL HELANTHEME SARL
TÉL: 05 37 67 39 96
1, BELLA KDAR

Rabat, le

23 Juillet 2020.

Paire de

96,00

10) PRATOL ou OEDES:

1 gelée de din. 21 jours

$2 \times 79,1 = 158,-$

10) MEFOL 15: 1 goutte en suppositoire. 2 fois

76,50

* * 30) NAZORESIC:

1 g + 1 g au dîner
en jour

94,00

40) MYDOFLEX: 2 g au dîner
1 dose

60,-

484,50

50) Valerian Emulgel

DOCTEUR MOUNIR EL MALKI
Spécialiste en Rhumatologie
et Maladie des Os et des Articulations
Chiropracticien - Mésothérapie -
Tél: 05.37.70.79.27 - Gsm: 06.51.68.86.45
30, Rue Abdelmoumen Quartier HASSAN RABAT

MEFSAL® 7,5 mg, comprimé - B/10 & B/20
MEFSAL® 15 mg, comprimé sécable - B/10 & B/20
(Méloxicam)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous
d'infort.
Ce mé-
quelqu'
nocif.
Si l'un
indésira-
votre ph-

1. COMF
Substan-
- MEFSA
Méloxi-
- MEFSA
Méloxi-

Excipien-
Citrat de
Stéarate
Excipien-

2. CLAS:

Anti-infla-

MEFSAL

Le mélo-

non sté-

les articu-

3. INDIC

MEFSAL

• Le trait

• Le trait

• De la p

• De la s

4. POSO

Veillez à

votre me

Posolo

La dose

- Pouss

7,5 mg

peut étr

une fois

- Polya

15 mg

être rép

par jou

Mode

Voie or

Les co

repas.

5. CO

Ne pre

• Si v

dans)

• Au c

• Enfa

• Si v

(AINS

• Si v

d'autr

• Res

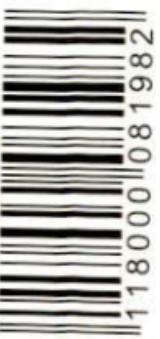
• Obstruc

nasaux),

• Eruption

- Gonflement soudain des tissus sous la peau ou les muqueuses, tel qu'un gonflement autour des yeux, du visage, des lèvres, de la bouche ou de la gorge, rendant éventuellement la respiration difficile (œdème de Quincke).
- Si vous avez déjà présenté, après un traitement avec des AINS :
- Un saignement de l'estomac ou des intestins,
- Des perforations de l'estomac ou des intestins,
- Ulcères ou saignement de l'estomac ou des intestins,
- Antécédents d'ulcères ou de saignements récidivants peptiques ou de l'estomac (ulcération ou saignement s'étant produit au moins deux fois),
- Insuffisance hépatique sévère,
- Insuffisance rénale sévère non dialysée,
- Saignements récents dans le cerveau (hémorragie cérébrovasculaire),
- Troubles hémorragiques de quelque type que ce soit,
- Insuffisance cardiaque sévère,
- Intolérance à certains sucres étant donné que ce produit contient du lactose (voir rubriques « Composition » et « Mise en garde spéciales et précautions particulières

MEFSAL® 15 mg
20 comprimés sécables



COOPER
PHARMA

ez plus
mais à
lui être
un effet
in ou à

7,5 mg

15 mg
le maïs,
anhydride,

maltoires
sur dans

w).

itions de
oute.

pur. Elle
à 15mg)

Elle peut
une fois

irs d'un

contenus

maltoires

prise ou

(polypes

d'emploi »).
Si vous n'êtes
médecin.

6. EFFETS IN

indésirables,

Arrêtez de

l'hôpital le p

Toute réactio
• Réactions c
la peau, qui p
jeu le pronost
tissus mous
indication). L
provoquant d
de la peau. C
muqueuses.

• Gonflement
autour des ye
rendant évent
des jambes (d

• Essouffleme
Inflammation

• Jaunisseme
• Douleurs ab

• Perte d'appé

Tout effet indi

• Saignement

• Ulcération d

Les saigneme

d'ulcères ou

sévères et d'

Informez imm

els symptom

anti-inflam

amené à suiv

Si vous pré

machine.

Effets indé

stéroïdiens (

L'utilisation de

s'accompagn

longue durée

(événements

infarctus du

Des rétention

(hypertension

traitement par

Les effets i

digestif (évé

• Ulcères de

peptiques/gas

• Perforati

en particulier

Les effets in

• Sensation de

• Selles molles

• Flatulence

• Constipation

• Indigestion (

• Douleurs ab

• Selles de co

• Vomissement

• Inflammation

• Aggravatio

colite ou de la

Moins fréqu

Effets indé

• Très fréqu

• Événement

sensation de

constipation,

• Fréquents :

• Céphalées.

• Peu fréqu

• Etourdissem

• Vertiges,

• Somnolence

• Anémie (rè

• Augmentati

• Bouffées de

• Rétention hy

• Augmentati

symptômes su

• Troubles du

• Palpitations

• Faiblesse de

79,00

Prazol[®] 20 mg

Oméprazole



28 gélules

Prazol[®] 20 mg
Oméprazole

6 118000 041009

Voie orale

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1031-1



28
gélules

Microgranules gastrorésistants



bottu[®]
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



6 118001 260850



MYDOFLEX®
Tolpérisonne HCl

150 mg

Voie orale

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00



30 Comprimés Pelliculés



Nalgesic®

Fénopropène

300 mg

36 Comprimés pelliculés
Voie orale



Nalgesic® 300 mg
36 comprimés pelliculés

6 118000 021711



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS
 12



LOT
EXP
PRV

192208
10 2022
76.50



سوطیما
Sotthema