

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

N° W19-430450

37333

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAMRI Zoubida
 Date de naissance : 22 AOUT 1945
 Adresse : 22 Jm Boukhane Apply Resi-
 dence ALKASBIH Aoudal Rabat
 Tél. : 0661223102 Total des frais engagés : 884,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR MOUJIB EL MALIKI
 spécialiste de Rhumatologie
 Maladies des Os
 Rhumatologie, Maladie des Os
 et des Articulations Chiropraticien
 30, Rue Abdelmoumen - Rabat
 Tél : 05 37 70 79 27

Date de consultation : 19 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : Mamri Zoubida Age : 75

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

ACQUÉ
MUPRAS

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
25/07/2022	C35		300	INP : 101057867 Docteur Mounir EL MAHMOUD Rhumatologie, Maladie des Os des Articulations, Chiropraticien 3, Rue Abdelmoumen - Rabat Tél : 06 37 70 79 24
			200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Laboratoire	Date	Montant de la facture
Pharmacie de l'Elan - Agdal - Rabat 15, Av. de l'Elan, Agdal - Rabat 96 05 37 37 96 1 BELLAKEH 102003377	23.07.22	484,50.

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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			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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

Docteur Mounir EL MALKI

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

الدكتور منير المالقي

مختص في أمراض العظام والمفاصل
والروماتيزم والترويض الطبي

PHARMACIE DE L'HÉLIANTHÈME S.A.
J. BELLAKHAR
15, Av. de Michlifen, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 37 96

Rabat, le 23 Juillet 2020.

Paire 2l

Mounir Foudi OA.

96,00

10) PARALOU DEES :

1 gélule après dîner. 21 jours

2 x 79, - = 158, -

11) MEFALIT : 1 comprimé
après principal. 21 jours

76,50

* * 30) NALGESIC :

1 cp + 1 cp après dîner
au jour

94,00

40) MYDOFLEX : 2 cp au coucher
21 jours

60, -

50) Valériane Eucalypt

484,50

30, Rue Abdelmoumen Quartier HASSAN - RABAT

Tél : 05.37.70.79.27 - Gsm : 06.51.68.86.45

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 avez des symptômes d'infirmité, consultez votre médecin. Ce médicament peut provoquer des effets indésirables. Si l'un d'eux vous inquiète, consultez votre pharmacien.

1. COMPOSITION
Substance active : MEFSAL® (Méloxicam)
Molécule : Méloxicam

Excipients : Citrate de sodium, Stéarate de magnésium.

Excipients : Citrate de sodium, Stéarate de magnésium.

2. CLASSIFICATION

Anti-inflammatoire non stéroïdien.

MEFSAL® 7,5 mg, comprimé - B/10 & B/20

MEFSAL® 15 mg, comprimé sécable - B/10 & B/20

Le méloxicam est un médicament non stéroïdien.

Il agit sur les articulations.

3. INDICATIONS

MEFSAL® 7,5 mg, comprimé - B/10 & B/20

MEFSAL® 15 mg, comprimé sécable - B/10 & B/20

Le traitement de la douleur.

Le traitement de l'inflammation.

De la polyarthrite.

De la spondylite.

4. POSOLOGIE

Veillez à prendre votre médicament à jeun.

Posologie : La dose recommandée est de 7,5 mg par jour.

- Poursuite du traitement : 7,5 mg par jour.

peut être augmentée à 15 mg par jour.

une fois par jour.

- Polyarthrite : 15 mg par jour.

être réévaluée par jour.

Mode d'administration : Voie orale.

Les comprimés doivent être pris à jeun.

5. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez pas de MEFSAL® si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

- Si vous souffrez d'une insuffisance hépatique sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque sévère.

- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale sévère non dialysée.

MEFSAL® 15 mg
20 comprimés sécables



COOPER PHARMA

مفصال
ميكسكام

15 ملغ
عن طريق الفم

20x

قرصا قابلا للكسر

مدة زوال 4-6 ساعات

79,00

ez plus

mais à

lui être

an effet

in ou à

7,5 mg

15 mg

le mais,

anhydre,

maloires

eur dans

w).

tions de

bute.

pur. Elle

à 15mg)

ble peut

une fois

rs d'un

contenus

maloires

pirine ou

(polypes

d'emploi »).

Si vous n'êtes

médecin.

6. EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments,

MEFSAL® peut provoquer des effets indésirables.

Arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.

Toute réaction allergique, telle que :

• Réactions cutanées (rougeurs, urticaire, prurit, œdème de la peau, qui peut être le pronostic d'une réaction grave).

• Lésions des tissus mous (œdème, érythème, prurit).

• Lésions des muqueuses (provoquant des douleurs de la peau, des muqueuses).

• Gonflement autour des yeux, rendant éventuellement difficile la marche.

• Essoufflement.

• Inflammation.

• Jaunissement.

• Douleurs abdominales.

• Perte d'appétit.

Tout effet indésirable doit être signalé à votre médecin.

• Saignement.

• Ulcération de la muqueuse.

Les saignements peuvent être graves, voire mortels.

d'ulcères ou de saignements sévères et de lésions intestinales.

Informez immédiatement votre médecin si vous présentez l'un de ces symptômes.

anti-inflammatoire, peut être amené à suivre un traitement.

Si vous présentez l'un de ces symptômes, arrêtez immédiatement le traitement et consultez votre médecin.

Effets indésirables des médicaments stéroïdiens (corticoïdes).

L'utilisation prolongée de corticoïdes peut s'accompagner de complications graves.

longue durée (plusieurs semaines ou plusieurs mois).

(événements graves) : infarctus du myocarde, hypertension artérielle, diabète, saignements, ulcères, etc.

Des rétentions d'eau (hypertension artérielle, traitement par diurétiques).

Les effets indésirables du traitement par corticoïdes sont :

• Digestif (éventuellement graves) : ulcères de la muqueuse, perforation de la muqueuse, saignements, etc.

• Perforation de la muqueuse, saignements, etc.

en particulier, les effets indésirables des corticoïdes sont :

• Sensation de chaleur, de brûlure.

• Selles molles.

• Flatulence.

• Constipation.

• Indigestion.

• Douleurs abdominales.

• Selles de couleur noire.

• Vomissements.

• Inflammation.

• Aggravation de la colite ou de la constipation.

Moins fréquents : effets indésirables graves.

Effets indésirables graves : très fréquents.

• Événement grave : sensation de chaleur, de brûlure.

• Fréquents : céphalées.

• Peu fréquents : vertiges.

• Etourdissements.

• Somnolence.

• Anémie (réduction de la production de globules rouges).

• Augmentation de la pression artérielle.

• Bouffées vasomotrices.

• Rétention hydrique.

• Augmentation des symptômes de la maladie sous-jacente.

• Troubles du sommeil.

• Palpitations.

• Faiblesse.

Prazol[®] 20_{mg}

Oméprazole

Prazol[®] 20mg
Oméprazole
28 gélules



6 118000 041009

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

Voie orale

28
gélules

Microgranules gastrorésistants

b

bottu_{ph}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

6 1118001 260850



MYDOFLEX®
Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

Voie orale

30 Comprimés Pelliculés



LABATEC

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

300 mg

36 Comprimés pelliculés

Voie orale

Naldesic® 300 mg

3,6-composés pelliculés



6 118000 021711

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



LOT	192208
EXP	10 2022
PPV	76.50

