

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Educations :

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

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° P19- 0026033

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2492 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHLACH HASSAN
Date de naissance : 1956
Adresse : BD OKBA BEN NAFIA DES OKBA BEN NAFIA
IM G N° 5 CASABLANCA HAY MOHAMMED
Tél. : 0664332442 Total des frais engagés : 425,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 NOV. 2020
Nom et prénom du malade : LAHLACH HASSAN
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Torsion de l'épaule
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 : 05 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

[illegible]

Docteur RACHID Mohamed
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
HÔPITAL HOSPITALIER
Sidi Maarouf
26 - Casablanca
Imm 103
Casablanca
06 61 33 31 90

[illegible]

| Montant des Honoraires | | Montant détail |
|---------------------------|--|----------------|
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| 05 NOV. 2020 | | 20000 | |

| Montant des Honoraires | | Montant détail |
|---------------------------|--|----------------|
| | | |

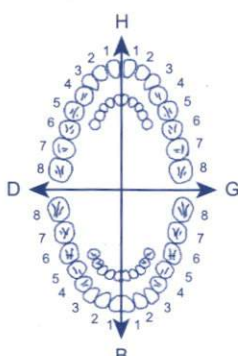
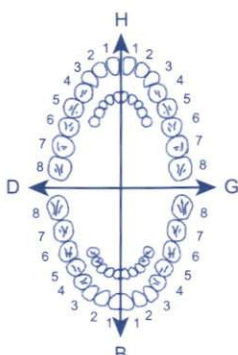
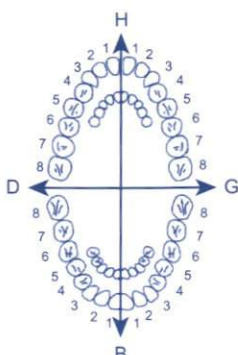
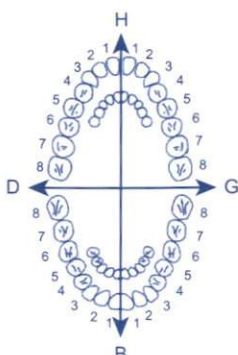
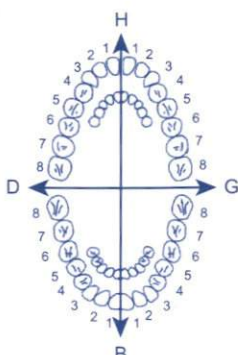
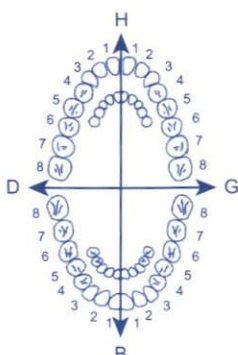
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | |  | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Raghi Mohamed

Chirurgien - Orthopédiste
Traumatologue - Chirurgie Réparatrice
Chirurgie de la Main
Prothétique - Arthroscopie



الدكتور الراغي محمد

جراحة العظام و المفاصل
جراحة تقويم العظام

Casablanca, le:

05 NOV. 2020

م. لارياح. هاشم

60,90

1) Meloxam

1 gdl / 10 mg

30,00

2) Paraflex



34,40

3) Profenid

10 mg x 30

12530



Docteur Raghi Mohamed
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Résidence AL Mostakbal GH 4 Imm 103
N°3 1er Étage Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 97 20 36 - GSM : 06 61 33 31 90

إقامة المستقبل GH4 عمارة 103 الشقة 3 الطابق الأول سيدي معروف - الدار البيضاء
Residence AL Mostakbal GH 4 Imm 103 N°3 1er Étage Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 20 36 - GSM : 06 61 33 31 90

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

MELOXAM® 7,5 mg et 15 mg PROMOPHARM, Boîte comprimés
Meloxicam

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament et de la relire.

MELOXAM 15 mg Promopharm®

Méloxicam
14 comprimés

PROMOPHARM s.a.



cellulose
hydrate, stéar

immatoire Ne
RM est le mé

4. INDICATIONS

MELOXAM PROMOPHARM est indiqué dans le traitement des douleurs aiguës d'arthrose et dans le traitement des rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante).

5. POSOLOGIE :

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT PRESENTE

SITUATION PRECISE :
- IL NE PEUT ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.
- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.
DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A LA POSOLOGIE RECOMMANDEE PAR VOTRE MEDECIN.

Voie orale.

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin ou votre pharmacien.

La dose habituelle est :

Poussées aiguës d'arthrose

7,5 mg une fois par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 15 mg une fois par jour.

Polyarthrite rhumatoïde

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

Spondylarthrite ankylosante

15 mg une fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

Les comprimés doivent être avalés avec de l'eau, ou un autre liquide, au cours d'un repas.

NE PAS DEPASSER LA POSOLOGIE DE 15 mg PAR JOUR.

Si l'un des informations énumérées sous le titre « Faites attention avec MELOXAM PROMOPHARM » s'applique à vous, votre médecin peut limiter la dose à 7,5 mg une fois par jour.

MELOXAM PROMOPHARM ne doit pas être administré chez les enfants de moins de 16 ans.

Si vous trouvez que l'effet de MELOXAM PROMOPHARM est trop fort ou trop faible, ou si après plusieurs jours vous ne ressentez aucune amélioration de votre état, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MELOXAM PROMOPHARM, comprimé dans les cas suivants :

- pendant le 3ème trimestre de la grossesse,
- enfant et adolescents de moins de 16 ans,
- allergie (hypersensibilité) au méloxicam,
- allergie (hypersensibilité) à l'aspirine ou à d'autres médicaments anti-inflammatoires (AINS),
- allergie (hypersensibilité) à l'un des composants de MELOXAM PROMOPHARM
- si vous avez présenté l'un des signes suivants après avoir pris de l'aspirine ou d'autres AINS :

- respiration sifflante, oppression respiratoire, difficulté à respirer (asthme),
- obstruction nasale due à des petits renflements de la muqueuse nasale (polypes nasaux),
- éruptions cutanées / urticaire,
- gonflement soudain des tissus sous la peau et 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 (oedème 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 de l'estomac ou des intestins (ulcération ou saignement s'étant produit au moins deux fois),
- insuffisance hépatique sévère

• insuffisance rénale
• saignements récurrents
• hémorragies
• insuffisance cardiaque
• à certains cas
DOU
DE
siral
es m
mais
rend
l'hôp
on a
de la
qui p
ons de
e poly
is, des
action
ies.
ment de
es yeux
éventue
bes (oed
fflement
imation d
nissement
ieurs ab
rte d'app
at indésir
tements (c
ration du t
nements
s ou l'app
et d'évolu
z immédia
symptômes de
l'inflammatoir
né à suivre tou
vous présentez
Effets indésirables
stéroïdiens (AINS)
L'utilisation de ces médicaments s'accompagne, en plus de leur action thérapeutique, d'un risque d'effets indésirables (événements thrombotiques, infarctus du myocarde, Des rétentions de liquide (hypertension) et un traitement par AINS. Les effets indésirables (événements gastro-intestinaux) :

- ulcères de l'estomac/gastro-intestin
- perforation de l'estomac ou des intestins
- saignements de l'estomac ou des intestins
- selles molles (diarrhées)
- flatulences,
- constipation,
- indigestion (dyspepsie)
- douleurs abdominales
- selles de couleur rouge
- vomissement de sang
- inflammation de l'estomac ou des intestins
- aggravation des symptômes de la maladie de Crohn),

Moins fréquemment :
Effets indésirables
PROMOPHARM
Très fréquents :

- indigestion (dyspepsie)
- sensation de mal de l'estomac
- douleurs abdominales
- constipation,
- flatulences,
- selles molles (diarrhées)

Fréquents : toux, céphalées.
Peu fréquents : t

Profenid Gel

sanofi aventis

Kétoprofène

LOT : 20E010
PER : 12 2021

PROFENID 2,5%
GEL T60G



P.P.V : 34DH40



2,5 g / 100 g.
irbopol 940), triéthanolamine, huile
95°, eau purifiée.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Gel pour application locale; tube de 60 g.

INDICATIONS

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 des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion.

CONTRE-INDICATIONS

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

- à partir du 6ème mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, au fénofibrate (médicament destiné à baisser le taux de cholestérol), à un produit solaire ou au parfum,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, **ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.**

Paracétamol / Chlorhydrate de Tramadol

Votre médecin ou pharmacien a votre premier rendez-vous.

if there are no nodes and the program is closed, then the program is not closed to programs.

LOT : 200683
UT AV : 04/2022
PPV : 30,00DH

Chirurgien

- Orthopédiste • Traumatologie
- Chirurgie réparatrice
- chirurgie de la main
- Prothétique -Arthoscopie



اختصاصی فی جراحہ

- العظام . المفاصل
- العمود الفقري
- الجراحة بالمنظار

Casablanca, le 05/11/2020, الدار البيضاء في

Q LACK LACK HASTA

R_T equals G is good

Intégrale : Abscisse d'origine
de la R_n

Docteur RAGH Mohamed
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Résidence AL HOSBAL GH4 Imm 103
N°3 1^{er} Etage S4 Maarouf - Casablanca
Tél.: 06 22 97 20 36 - GSM : 06 61 33 31 90

after 2 hours = 200 m

James W. H. H.

Docteur RAGHI Mohamed
 CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
 TRAUMATOLOGUE
 Résidence AL MOSTABAI GH4 - Imm 103
 Jer Jer - Casablanca
 27 20 54 GSM : 06 61 33 31 90

إقامة المستقبل GH4 عمارة 103 ش 3 - ط 1 - سيدي معروف - الدار البيضاء
Résid. AL Mostakbal GH4 imm. 103 N°3. 1er Etage Sidi Maàrouf - Casablanca
الهاتف: 06 61 33 31 90 - النفا: 05 22 97 20 36