

# 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 3 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Ho Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-801483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13112

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDADA MOHAMMED-IMAD

Date de naissance : 14/01/1996

Adresse : 158 Angle AV des FAR et Rue HLY ABDELLAH IMH

CORDOBA APT 06 KENITRA 30500 MAROC

Tél. : +212 6 64 95 35 55

Total des frais engagés : 697,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : BENDADA MOHAMMED-IMAD

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DLD - Epau

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 : KENITRA

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
12/05/23			10,00	INP: 051165827

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Centre BEN MESSAOUD FOJAD Tél: 05 37 37 67 70 / Kénitra	12/05/23	14,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE DENTALE EL MAROUDI Asmaa Médecin Radiologue Av. Mohammed VI Lot El Ouds, Cités Jardins - Kénitra Tél: 0537 37 18 99 / Fax: 0537 37 28 03 INPE: 051187912	12/05/23	2 40	4,00

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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



— طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي الإدريسي بالقيظرة قسم أمراض الأطفال قسم المستعجلات

— طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط قسم أمراض النساء و التوليد

— Consultation à Domicile

— Du Diabetologie - Echographie

— Orientation - Suivi

— طبيب داء السكري

— طب العائلة

معتمد لتسيير شواهد فحص السياقة

Nom et Prénom :

Ben Lakha Imad 12/01/23

49 21 Flexamat pour diabète

53 21 Relaxo C x 3

43 31 Castoflan 10 mg x 3

1476



Pharmacie Centre ville  
Dr. REV. MESSAOUD FOUAD  
Tel.: 05 37 37 37 29 / Kénitra

1408 . تجزئة لوفالون عمارة 1 شقة 3 الطابق الأول قرب صيدلية ازهرون القنيظرة

الهاتف : 05 37 35 37 05 الهاتف المحمول : 06 49 29 79 92

1408 . lottissement le vallon Rés Annasser Imm A- 1er étage Apt 3 kénitra

# FLEXANAT®

## Conditions de stockage :

Garder le tube bien fermé. A conserver dans un endroit frais et à l'abri de la lumière dans une température ne dépassant pas 30°C.

### شروط التخزين :

يجب إبقاء المنتج مغلق بإحكام و حفظه في مكان بارد و مظلم في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

## Distribué par :

InQure Health Morocco Sarl,  
80 Bd My Slimane, Ain Sebaâ, 2<sup>ème</sup> étage N°10,  
Casablanca, Maroc.

## Fabriqué par :

M/s Curewin Pharmaceutical Pvt Ltd,  
15, Industrial Area, Rao, Indore, 453 331, Inde.

Pour plus d'informations sur nos produits :

Site Web : [www.inquirehealth.ma](http://www.inquirehealth.ma)

Email : [Contact@inquirehealth.com](mailto:Contact@inquirehealth.com)

Tel : +212 645 348 614

N° d'enregistrement au ministère de la santé :

720/18129/2021/COSMATD/DMP/RR/18

N° de lot : F-01

Date de Fab : Oct-21

Date d'Exp : Sep-23

PPC : 49.00 MAD



Pommade  
**FLEXANAT®**

À base de plantes

DOULEURS MUSCULAIRES,  
ARTICULAIRES ET DORSALES

آلام العضلات و المفاصل و الظهر





مركز المبيعات

## ACHAT

12/05/23

17:56:39

9900370934

93709301

**PHICIE CENTRE DE VILLE**

Kenitra

A0000000031010

\*\*\*\*\*3428

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

**MONTANT :**

**147,60 MAD**

Num Transaction

: 006

Num Autorisation

: 8452/2

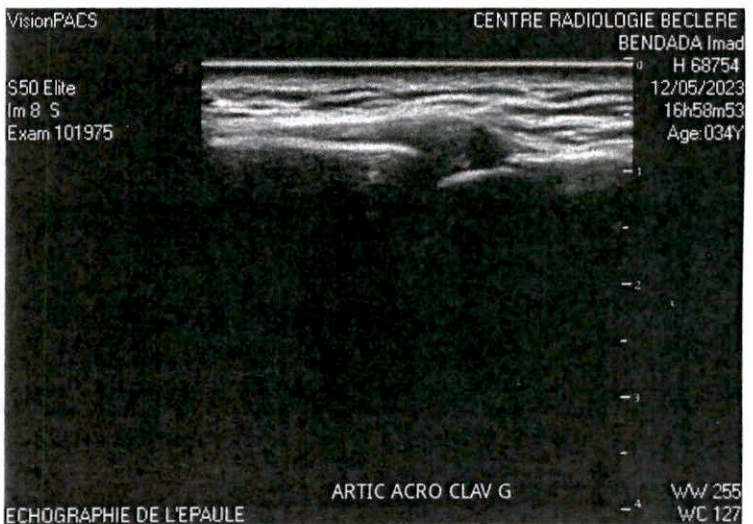
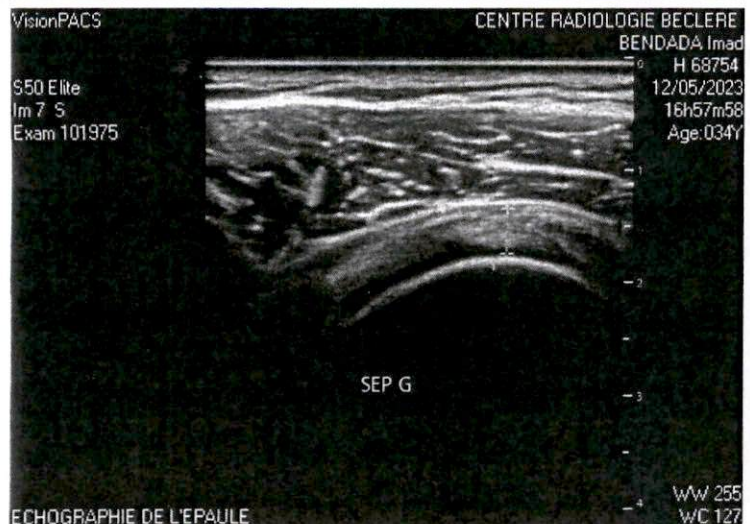
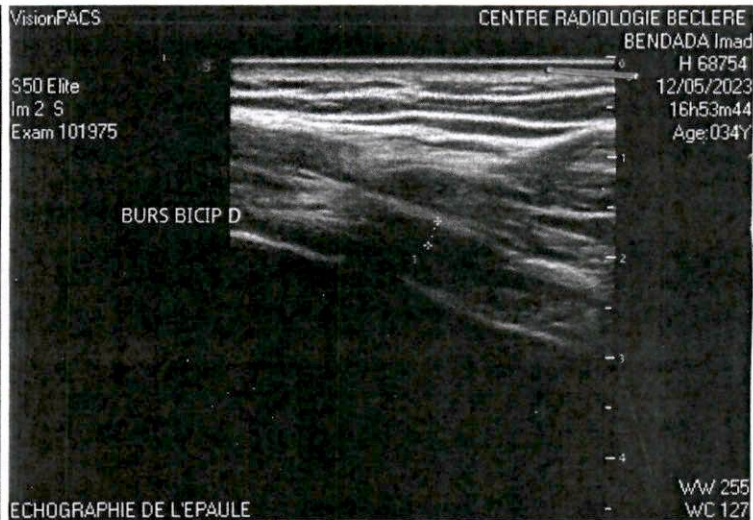
STAN

: 004693

---

TICKET CLIENT









KENITRA, le 12/05/2023

IDENTITE DU PATIENT : Mr. BENDADA Imad  
N° Patient / N ° Dossier : 68754 / 101975  
Médecin Traitant : Dr. HAMRATOU Z.

**ECHOGRAPHIE DES DEUX EPAULES**

**INDICATIONS :**

- Douleurs de l'épaule droite.

**EXAMEN REALISE DE FACON COMPARATIVE**

- Lane d'épanchement cernant la longue portion du biceps droite mesurant 2,6 mm d'épaisseur maximale.
- Le tendon sus épineux droit présente une épaisseur normale et une échostructure finement hétérogène sans solution de sa continuité.
- Les tendons sous-épineux sont bien suivis sans anomalie.
- Les tendons sub-scapulaires sont normalement insérés au niveau du tubercule mineur.
- Respect de l'articulation acromio-claviculaire.
- Les manœuvres dynamiques du sub scapulaire et sus-épineux ne retrouvent pas de conflit.
- Respect de la trophicité des muscles de la coiffe.
- Absence d'épanchement articulaire.
- Absence de calcification péri articulaire.
- Respect de l'échostructure musculaire.

**CONCLUSION:**

- Aspect échographique en faveur d'une tendinite simple du sus épineux droit avec bursite bicipitale homolatérale.

Iconographie fournie sous forme de papier et conservée localement sur le PACS.

Bien à vous  
DR. A. EL MAROUDI



# Radiologie Béclère

**Bir Rami - Kénitra**

Docteur Asmaa EL MAROUDI

Spécialiste en Radiologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat



# راديولوجي بكليير

**بئر الرامي - القنيطرة**

الدكتورة أسماء المرودي

إختصاصية في الراديولوجي

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالرباط

Kenitra, le 12/05/2023

## FACTURE N° 066670523

Patient : BENDADA Imad

Examen effectué :

Cotation Z

Prix

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE

Z40

400,00 DH

Net à payer : 400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT DIRHAMS

**RADIOLOGIE BECLERE**  
Dr. EL MAROUDI Asmaa  
Médecin Radiologue  
Av. Med V Loti El Qods, Cités jardins - Kénitra  
Tél : 0537 37 18 99 Fax : 0537 37 28 03  
INPE : 051187912

Signe

Dr. A. EL MAROUDI





— طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي الإدريسي بالقنيطرة قسم أمراض الأطفال قسم المستعجلات

— طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط قسم أمراض النساء و التوليد

— Consultation à Domicile

— Du Diabetologie - Echographie

— Orientation - Suivi

— طبيب داء السكري

— طب العائلة

معتمد كتشخيص شواهد فحص السيقنة

Nom et Prénom : .....

Kenitra, le .....

Echographie de la prostate



RADIOLOGIE BECLERE  
Dr. EL MAROUDI Asmae  
Médecin Radiologue

Av. Mod V Lot. El Qods, Ches Jardins - Kenitra  
Tel.: 0537 37 11 99 / Fax: 0537 37 20 03  
INPE: 051187917

1408 . تجزئة لوفالون عمارة 1 شقة 3 الطابق الأول قرب صيدلية ازهرون القنيطرة

الهاتف : 05 37 35 37 05 الهاتف المحمول : 06 49 29 79 92

1408 . lottissement le vallon Rés Annasser Imm A- 1er étage Appt 3 kénitra



été mis en évidence lors d'études en laboratoire (voir en rubrique 2 «Avertissements et précautions»).

Il est possible que le paracétamol puisse altérer la fertilité des femmes, de façon réversible à l'arrêt du traitement.

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

Ce médicament peut provoquer de la somnolence. Vous devez donc éviter de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine lorsque vous prenez ce médicament.

### 3. COMMENT PRENDRE Relaxol 500 mg/2mg comprimé ?

RESERVE A L'ADULTE DE PLUS DE 16 ANS

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

La dose quotidienne est de 1 à 2 comprimés par prise, 3 fois par jour, à 4 heures d'intervalles au minimum

NE PAS DEPASSER 6 COMPRIMES PAR 24 HEURES

La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Toujours respecter un intervalle de 4 heures au moins entre les prises.(paracétamol ou bien thiocolchicoside)

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), les prises doivent être espacées de 8 heures minimum, et la dose totale par jour ne doit pas dépasser 6 comprimés.

#### La dose maximale journalière du

médicaments contenant du Para  
excéder 60 mg/kg par jour (sans dé

• Adultes de moins de 50 kg, • Si vous souffrez de reins, • Si vous avez fré-  
quemment bu de l'alcool récemment, • Si  
vous souffrez par exemple de malnutrition  
ou si vous avez perdu beaucoup de poids  
si vous avez plus de 65 ans et que vous  
vous êtes atteint du virus du SIDA ou  
souffrez de mucoviscidose (maladie  
notamment par des infections respira-  
toires de la maladie de Gilbert (maladie hé-  
réditaire de bilirubine dans le sang).

Si vous avez l'impression que l'effet de ce  
médicament est trop faible,  
consultez votre médecin ou votre pharma-  
cieur. EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL  
A VOTRE PHARMACIEN.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement.

Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme (voir la  
rubrique 2).

**Mode d'administration :** Voie orale.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

**Utilisation chez les enfants et les adolescents :** N'administrez pas ce  
médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des  
raisons de sécurité.

**Si vous avez pris plus de RELAXOL que vous n'auriez dû :** Si vous avez pris  
accidentellement du Relaxol ou si vous avez pris PLUS de RELAXOL que vous  
n'auriez dû, parlez-en immédiatement à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Si vous oubliez de prendre RELAXOL :** Ne doublez pas une dose pour compenser  
une dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez  
conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets  
indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

#### • Liés au paracétamol

**Rarement**, une réaction allergique peut survenir :

• boutons et/ou des rougeurs sur la peau, • urticaire, • brusque gonflement du  
visage et du cou pouvant entraîner une difficulté à respirer (œdème de Quincke),  
• malaise brutal avec baisse importante de la pression artérielle (choc  
anaphylactique).

Si une allergie survient, vous devez immédiatement arrêter de prendre ce  
médicament et consulter rapidement votre médecin. À l'avenir, vous ne devrez



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V. : 53DH10



6 118000 060833

LOT : 22E014  
PER.: 11 2025

très faible,

A VOTRE



ainsi que traitement complémentaire lors de diverses infections aiguës douloureuses, en particulier au niveau des oreilles, du nez et de la gorge. Il ne faut pas employer Cataflam uniquement pour faire baisser la fièvre. Si vous souffrez d'une maladie cardiaque ou présentez des risques importants de maladie cardiaque, votre médecin évaluera régulièrement la nécessité de poursuivre le traitement au Cataflam, notamment lorsque le traitement dure plus de 4 semaines.

## 2- Quelles sont les informations que Cataflam ne doit pas vous donner ?

si vous êtes allergique à l'acétylsalicylique ou à d'autres médicaments appartenant à la famille des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des lèbres, de la laryngite, pendant le 3ème trimestre de la grossesse, en cas d'ulcères de l'estomac ou de saignements ou de sang dans les selles, en cas d'inflammation de l'intestin (colite ulcéreuse), en cas de défaillance rénale, en cas d'insuffisance hépatique, pour le traitement des crises de migraine (ou de l'utilisation d'un médicament pour le traitement des crises de migraine) chez les enfants de moins de 16 ans. Si l'une de ces situations se présente, ne prenez pas Cataflam. Si vous pensez être enceinte, ne prenez pas Cataflam. Durant le traitement par Cataflam, évitez de prendre des médicaments pour le traitement des ulcères de l'estomac ou de l'intestin supérieur, rarement des hémodialyses ou, dans des cas isolés, des perforations (gastriques ou intestinales). Ces complications peuvent survenir n'importe quand durant le traitement, sans que vous ne ressentiez de symptômes particuliers.

Conservez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.



LOT: M22039  
EXP: FEB 2025  
PPV: 45,50 DH



Cataflam® 50mg  
20 dragées

## 3- Comment utiliser Cataflam® ?

C'est le médecin qui fixe individuellement la posologie et le mode d'administration en fonction de la gravité des troubles. Il est important que vous suiviez scrupuleusement les indications de votre médecin. Ne dépassez pas la dose journalière recommandée ou la durée du traitement fixée par votre médecin.

Si vous prenez du Cataflam pendant plus de quelques semaines, faites-vous suivre régulièrement par votre médecin pour être certain/e que vous ne souffrez pas d'effets indésirables cachés.

10 à 150 mg par jour. Si l'atteinte est moins grave ou chez les personnes âgées de plus de 14 ans, 50 à 100 mg par jour suffisent la plupart du temps. La dose journalière doit être répartie en 2 ou 3 prises. Ne dépassez pas une dose de 150 mg par jour.

Les douleurs commencent avec une prise unique de 50 mg dès les premiers symptômes. Continuez avec 50 mg trois fois par jour au maximum, pendant 3 jours si nécessaire. En cas de crises de migraines commencez par une prise de Cataflam à 50 mg dès que vous ressentez les premiers signes d'une crise. Si après env. 2 heures, l'effet calmant sur la douleur n'est pas suffisant, vous pouvez prendre une deuxième dragée de Cataflam à 50 mg. Si vous pouvez renouveler cette dose de 50 mg, à intervalles de 46 heures, vous ne dépassiez pas 150 mg (3 dragées à 50 mg) par 24 heures. Cataflam peut être utilisé pour le traitement de la migraine chez l'enfant et l'adulte de moins de 14 ans.

Prenez des Cataflam avec beaucoup de liquide de préférence avant les repas. Les dragées ne doivent pas être partagées ou mâchées.

Consultez votre propre chef le dosage prescrit. Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien si vous estimez que l'efficacité du médicament est trop faible ou au contraire trop forte.

## 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?

La prise de Cataflam peut provoquer les effets secondaires suivants :

*Fréquent (concerne 1 à 10 utilisateurs sur 100)*

Céphalées, état stuporeux, vertiges, nausées, vomissements, diarrhées, troubles digestifs, douleurs abdominales, ballonnement, diminution de l'appétit, éruption cutanée, méthotrexate (lors d'arthrite et de cancer), de la ciclosporine ou du tacrolimus (en