

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-644227

173732

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8310	Société : RAYM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : El Ouargui H. ATTAN		
Date de naissance : 17/09/67		
Adresse : Empres Essakane Im B19 apt 112 Beaoujir		
Tél. 066 111 44 85	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 01 SEP 2013		
Nom et prénom du malade : El Boulli TB JSSA		
Age : 56		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Géuan Rhore		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
26/02/2022				INSTITUT DE CHIRURGIE D'URGENCE Dr. BOURGEOIS
26/02/2022	Inf. Chirurgie Surgery Chirurgie	100% 100% 100%	550,00 \$	Dr. BOURGEOIS Dr. BOURGEOIS Dr. BOURGEOIS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE VAL D'OR Plage Val D'Or Av Moulay Abdellah N° 22 - Harhoura Tél : 05 37 74 99 88	26.07.23	PHARMACIE VAL D'OR Plage Val D'Or Av Moulay Abdellah N° 22 - Harhoura Tél : 05 37 74 99 88

RELEVE 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 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INQ : <input type="checkbox"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Abdellah El MAGHRAOUI

Professeur de Rhumatologie

Ex-Chef du Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V, Rabat

Past-Président de la Société Marocaine de Rhumatologie

Directeur de publication de la Revue Marocaine de Rhumatologie

Membre du Comité Scientifique de l'International

Osteoporosis Foundation



26/07/2023

د. عبدالله المغراوي

أستاذ في أمراض المفاصل والظامان والروماتيزم

الرئيس السابق لمراكز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشفى التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

الرئيس السابق للجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية مؤسسة هشاشة العظام الدولية

Facture

MME EL BOUNI IBTISSAM

Acte	Honoraire
Consultation	350,00 Dh
Echographie	500,00 Dh
Infiltration cortisonique sous écho-guidage	400,00 Dh
Total	1 250,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
mille deux cent cinquante dirham(s)

*Dr. Abdellah El Maghraoui
Professeur de Rhumatologie
Av. Mohammed V, Rue Bait Lahm,
Imm. B, Appartement N° 6, Rabat
Téléphone : 0537732327*

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحم عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني ، الرباط

Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Appt N° 6, Rabat

Cabinet : 05 37 73 23 22 - 08 08 52 09 28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

Email : aelmaghraoui@gmail.com • Site web : www.rhumato.info

Patente : 25103066 • I.F : 37517406 • ICE : 00228460400

Dr. Abdellah El MAGHRAOUI

Professeur de Rhumatologie

Ex-Chef du Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V, Rabat

Past-Président de la Société Marocaine de Rhumatologie

Directeur de publication de la Revue Marocaine de Rhumatologie

Membre du Comité Scientifique de l'International

Osteoporosis Foundation



د. عبدالله المغراوي

أستاذ في أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم

الرئيس السابق لمركز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشفى التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

الرئيس السابق للجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية مؤسسة هشاشة العظام الدولية

26/07/2023

MME EL BOUNI IBTISSAM

Echographe Mylab 6 (modèle 2019)

RC: douleur du genou Dt

Echographie du genou Droit

Epanchement modéré dans le cul de sac sous quadricipital avec hypertrophie synoviale. Absence de signal Doppler

Tendons sans anomalies. Ménisques en place avec ostéophytose minime.

Présence d'un kyste poplité de 24 x 15 mm. Ponction de 4 cc de liquide jaune citrin et infiltration sous écho-guidage par une ampoule de Depomedrol.

Conclusion:

Gonarthrose débutante en poussée congestive avec kyste poplité. Ponction-infiltration.

Dr. Abdellah El Maghraoui
Professeur de Rhumatologie
Av. Mohammed V, Rue Bait Lahm,
Imm B, N°6, Rabat 10100 - 053773232
Mobile : 0537732322

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لهم، عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني، الرباط

Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Appt N°6, Rabat

Cabinet : 05 37 73 23 22 - 08 08 52 09 28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

Email : aelmaghraoui@gmail.com • Site web : www.rhumato.info

Patente : 25103066 • I.F : 37517406 • ICE : 002284604000029

Dr. Abdellah El MAGHRAOUI

Professeur de Rhumatologie

Ex-Chef du Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V, Rabat

Past-Président de la Société Marocaine de Rhumatologie

Directeur de publication de la Revue Marocaine de Rhumatologie

Membre du Comité Scientifique de l'International

Osteoporosis Foundation



26/07/2023

د. عبدالله المغراوي

أستاذ في أمراض المفاصل والظامان والروماتيزم

الرئيس السابق لمركز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشار التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

الرئيس السابق للجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية مؤسسة هشاشة العظام الدولية

MME EL BOUNI IBTISSAM

- **Arcoxia 90 mg - comprimé pelliculé**
1 cp/j x 14 jours puis en cas de douleurs
- **Duoxol 500 mg / 2 mg - comprimé**
2 cp x 2 / jour x 12 jours
- **Nociceptol Gel**
1 appl x 2/j x 15 jours puis en cas de douleurs

Dr. Abdellah El Maghraoui
Professeur de Rhumatologie
Av. Mohamed V, Rue Bait Lahm,
Imm B, n° 6, Rabat • Tel/Fax: 0537732222
INPE: 101111212

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحم عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني ،الرباط

Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Apt N°6, Rabat

Cabinet : 05 37 73 23 22 - 08 08 52 09 28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

Email : aelmaghraoui@gmail.com • Site web : www.rhumato.info

Patente : 25103066 • I.F : 37517406 • ICE : 002284604000029

DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés



6 118 000 12073

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés

دووكول
علبة من 20 قرصاً



باراسيطامول / ثيوكول

500 ملخ / 2
عن طريق الفم

علبة من 20 قرصاً

37,00

بوليسيديك

Exc
DA
Ce
- Ti
- Ti

AT
D
C
-
REV. 2021/11/07
GEL ANTI-DOULEUR
NOCICEPTOL
MENT UN MÉDECIN.
T A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

MERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS

avec érythème ou urticaire) qui nécessitent l'arrêt du

PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET
DE NOTICE.

P.U.C: 198.00 H.H.H

L210
2025-05

LOT



CNK 3259-850



3 401020 354451 >

2021

C92499-04
ACV0200046-04
IMPRIMEPEL 03/22

Boîte de 20 comprimés

500mg/2mg

علبة من 20 قرصاً

30100

XOL®
nicoside

500mg/2mg
Voie orale

Boîte de 20 comprimés

POLY MÉDIC

70043373/00-1

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 452/16 DMP/21/NTO

1-916021
70043373



6 118001 160044

Notice : Information de l'utilisateur

Polyarthrite
La dose

70043373/00-1

Arcoxia 90 mg

7 comprimés

P.P.V : 133,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 452/16 DMP/21/NTO

1-916021
70043373



6 118001 160044

Notice : Information de l'utilisateur

Polyarthrite
La dose