

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-771090

188697

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 646 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATIMA AHMED

Date de naissance :

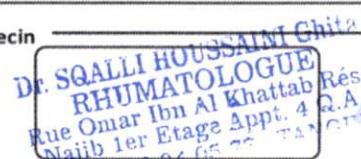
Adresse : 146. Av Prince Henri. Rés AL KARAM 1

Etag N° 38 Tanger

Tél. : 05 39 84 24 83 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : LAHLOU MARIA Age: 1954

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Osteoporose

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 : Tanger Le : 05 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Amel

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
05/11/2013	CS			INP : 161146370
07/11/2013	CS			HOUSSAINI GENE ATOLOGUE L'atteste Rés. APR. CANTEK

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

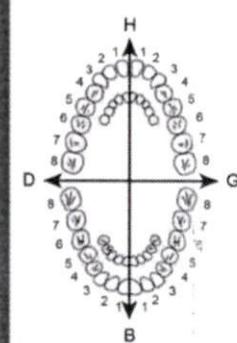
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

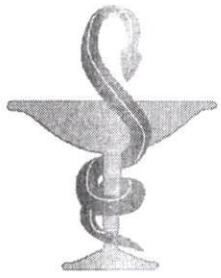


(Création, remont, adjonction)

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE BISMI ALLAH

12 AV. DRISS IER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER

ICE : 001555076000077

B P:164-640-212-1102707500009-80

Patente 50487909

Tél : 0539941010/0539341919.

CNSS: 6294318

FAX : 0539341212

I.F : 8110975

R.C: 42612

Facture N° 1 184 760 Du: 07/12/2023

Client : LAHLOU MARIA

Forme	Désignation	PPV	QTE.	Montant HT	TVA %	Mt TVA	Montant TTC
CO	MYDOFLEX 150 MG GTE 20	94,00	3	282,00	7 %	18,45	282,00
CO	DUOFLEX 30 GEL U.F	220,00	1	220,00	0 %	0,00	220,00
CO	DUOFLEX 60 GELULES	396,00	1	396,00	0 %	0,00	396,00
CO	CALCIMAT 30 CO EFF	92,00	2	184,00	7 %	12,49	184,00
4	Total			1 051,51		30,49	1 082,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE QUATRE-VINGT-DEUX DIRHAMS TTC

سیدة بسم الله
PHARMACIE BISMI ALLAH
12, AV. M.Y DRSS 1er, Res. El Kheir
Tél: 05 39 34 12 12 - 05 39 07 59 60
INP: 164-640-212-1102707500009-80
ICE: 001555076000077



PHARMACIE BISMI ALLAH

12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR°TANGER

ICE : 001555076000077

B P:164-640-212-1102707500009-80

Patente 50487909

Tél : 0539941010/0539341919.

CNSS: 6294318

FAX : 0539341212

I.F : 8110975

R.C: 42012

Facture N° 1 184 790 Du: 05/12/2023

Client : LAHLOU MARIA

Forme	Désignation	PPV	QTE.	Montant HT	TVA %	Mt TVA	Montant TTC
RF	PROLIA INJ	2299,00	1	2 289,00	0 %	0,00	2 289,00
1	Total			2 289,00		0,00	2 289,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-NEUF DIRHAMS TTC

الدواء بسم الله الرحمن الرحيم
PHARMACIE BISMI ALLAH
12, Av. M.Y Driess 1er, Res. El Kheir
Tél: 0539941010 - TANGER
I.F: 8110975 - R.C: 42012
ICE: 001555076000077

Docteur Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie

Osteo-articulaire



الدكتورة سقالي حميمي غيتة

طبيبة اختصاصية في أمراض
العظام والمفاصيل والروماتيزم
إيكوغرافية العظام والمفاصيل

05/12/2023 طنجة ، في :

Dr. SALLI HOUSSAINI Ghita
RHUMATOLOGUE Tanger, le :
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Quartier Administratif - TANGER
Tél. : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

La cliente Maria

2289. Prolica

SV

La main gauche est sigillée

Sous entorse cheville

06 mois

بسم الله الرحمن الرحيم
PHARMACIE BISMILLAH
12, Av. M. Driss 1er, Res. El Kheir
Tél: 05 39 94 05 77 - 05 39 94 05 960
ICE: 001526076000077

Dr. SALLI HOUSSAINI Ghita
RHUMATOLOGUE Tanger, le :
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Quartier Administratif - TANGER
Tél. : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

شارع عمر بن الخطاب ، إقامة نجيب ، الطاقي الأول شقة 4 الحي الإداري - طنجة

Rue Omar Ibn Al Khattab, Rés. Najib 1er étage App.4, Quartier Administratif - Tanger

Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

Docteur Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie
Ostéo-articulaire



الدكتورة سقلي حميمي غيتة

طبيبة اختصاصية في أمراض
العظام والمفاصيل والروماتيزم
لتصوير الفي العظام والمفاصيل

Dr. S. HOUSSAINI GHITA
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er étage App. 4 Quartier Administratif - TANGER
Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

07/12/2023 طنجة ، في :

Lahcen Maria

① Rydroflose SV
94.000,- = 282,00
1 cpl x 31g. pdotmes

{ 220,00
396,00
② Duoflose SV S.P
Agelly au milieu du
repas pdotmes

③ cetamoly
1 cpl x 31g. pdotmes puis
92,10 x 2 à la dose de 184,00 culminat SV

④ 9 = 1082,00
1 cpl g. pdotmes

شارع عمر بن الخطاب ، إقامة نجيب ، الطابق الأول شقة 4 الحي الإداري - طنجة

Rue Omar Ibn Al Khattab, Rés. Najib 1er étage App.4, Quartier Administratif - Tanger
Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE. N'EST PAS UN MÉDICAMENT



Calcimat

Complément alimentaire à base de Calcium et Vitamine D3

Calcium 500 mg & Vitamine D3

Sans
Sucres

30 comprimés effervescents
arôme fruits rouges
sans gluten

Poids net : 76,95 g

LABORATOIRES
JUVA SANTE

PROPRIÉTÉS

CALCIMAT à base de Calcium et Vitamine D est conseillé chez les personnes âgées et les enfants et adolescents en période de croissance.

Le **Calcium** est nécessaire au maintien d'une ossature et d'une dentition normales.
La **Vitamine D** contribue au fonctionnement normal du système immunitaire.

CONSEILS D'UTILISATION

Chaque matin,
dissoudre 1 comprimé
effervescent dans un
demi-verre d'eau.
Ne pas prendre à jeun.
Programme de 30 jours
à renouveler si nécessaire.
Un léger dépôt au fond du verre
est normal.



Calcimat

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, N'EST PAS UN MÉDICAMENT

Fabriqué par : Laboratoires JUVA PRODUCTIONS
Bailly-Audouin, Technopôle Sud, 57690 Forbach - France

N°du certificat d'enregistrement au ministère de la santé :
RESERVE CASA 1
ABLANCA - MAROC

Poids net
76,95 g



92 • 00

N°lot / Batch n°
LOT :
Prix :
Exp. :

EMB75112W - Ref : 960517 - ETUIM946
N°du certificat d'enregistrement au ministère de la santé :
202115058301/MAY/CA/IDPS/DMP/18

3160929905170



Complément alimentaire à base de Calcium et Vitamine D3

Calcimat

Calcium 500 mg & Vitamine D3

**Sans
Sucres**

30 comprimés effervescents
arôme fruits rouges
sans gluten

Poids net : 76,95 g

LABORATOIRES
JUVA SANTE

PROPRIÉTÉS

CALCIMAT à base de Calcium et Vitamine D est conseillé chez les personnes âgées et les enfants et adolescents en période de croissance.

Le **Calcium** est nécessaire au maintien d'une ossature et d'une dentition normales. La **Vitamine D** contribue au fonctionnement normal du système immunitaire.

CONSEILS D'UTILISATION

Chaque matin,
dissoudre 1 comprimé
effervescent dans un
démi-verre d'eau.
Ne pas prendre à jeun.
Programme de 30 jours
à renouveler si nécessaire.
Un léger dépôt au fond du verre
est normal.



Calcimat

Composition: 300 mg Avovidia correspondant à 100 mg d'insaponifiable d'huile d'avocat et 200 mg d'insaponifiable d'huile de soja, 15 mg de Curcumine (Curcuma longa, rhizome), 15 mg de Harpagofítito (Harpagophytum procumbens (Burm.) Agent de charge (Maltodextrine, 40 mg extrait sec de Boswellia (Boswellia serrata Roxb. ex Colebr., résine) standardisé à 65% dans acide betaboswellique, 40 mg de extrait sec de Grenadier (Punica granatum L., fruit) standardisé à 40% dans acide ellagique, 32 mg de Vitamin C (Acide l-ascorbyque), Agent de charge (Cellulose microcrystalline) et Antioaglomerants (Sératate de magnésium et Dioxyde de silicium). Enveloppe (Gélatine végétale).

Présentation: 60 gélules de 799 mg.

230001
01/2026

Poids net: 48 g.

Importé et distribué par PEGASUS PHARMA

Direction Marketing et commerciale TANGER

Tél: 0539-94-41-51

email: pegasuspharma@outlook.com

Lot et Consommer de préférence avant la fin de (mois/année):

Voir emballage.

Titulaire & Exploitant / Fabrique

PEGASUS PHARMA SL / R.N.P

ESPAGNE / Monte pergiuro , 90

Complément Alimentaire. Ce n'est pas un médicament.

CEA

DUOFLEX 60 CELLES

LOT: 230001

REF : 01/2026

PERIODICALS
PRIVY : 306 DU

MULTIFLEX
DUOFLEX

60 Gélules

PRINCIPE ACTIF	1 Gélule	% AJR*
Insaponifiable d'avocat et soja:	300 mg	--
- Insaponifiable d'huile d'avocat	100 mg	
- Insaponifiable d'huile de soja	200 mg	
Curcuma	15 mg	--
Harpagofito	15 mg	--
Boswellia	40 mg	--
Vitamine C	32 mg	40%

AJR: Apport Journalier Recommandé

INSAPONIFIABLE D'AVOCAT ET SOJA
Curcuma, Harpagophytum;
Boswellia, Vitamine C.



8 435110 860428

Composition: 300 mg Avovidia correspondant à 100 mg d'insaponifiable d'huile d'avocat et 200 mg d'insaponifiable d'huile de soja, 15 mg de Curcuma (Curcuma longa L., rhizome), 15 mg de Harpagofito (Harpagophytum procumbens (Burm.) Agent de charge (Moltoedetine), 40 mg extrait sec de Boswellia (Boswellia serrata Roxb. ex Colebr., résine) standardisé à 65% dans acide betasibyllique, 40 mg de extrait sec de Grenadier (Punica granatum L. fruit) standardisé à 40% dans acide ellagique, 32 mg de Vitamine C (Acide L-ascorbique). Agent de charge (Cellulose microcristalline) et Antiglomératifs (Stéarate de magnésium et Dioxyde de silicium). Enveloppe (Gélatine végétale).

Présentation: 30 gélules de 799 mg.
230001
01/2026

Poids net: 24 g.

Importé et distribué par PEGASUS PHARMA
Direction Marketing et commerciale TANGER
Tél: 0539-94-41-51
email: pegasuspharma@outlook.com

Lot et Consommer de préférence avant la fin de (mois/année):
Voir emballage.

Titulaire & Exploitant / Fabricant

PEGASUS PHARMA SL / R.N.P.
ESPAGNE / Monte perdiguro, 90

Complément Alimentaire, Ce n'est pas un médicament.

MULTIFLEX DUOFLEX

30 Gélules

Posologie: 1 gélule par jour au milieu du repos.

Indication: Remède d'appoint à effet différé de l'arthrose.

Avertissement:

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée sans avis du médecin.

Maintenir hors de la portée des enfants.

Complément Alimentaire, Ce n'est pas un médicament.

Non recommandé pour les enfants, femmes enceintes et allaitantes.

Conserver dans un endroit frais et sec.

PRINCIPE ACTIF	1 Gélule	% AJR*
Insaponifiable d'avocat et soja:	300 mg	--
- Insaponifiable d'huile d'avocat	100 mg	--
- Insaponifiable d'huile de soja	200 mg	--
Curcuma	15 mg	--
Harpagofito	15 mg	--
Boswellia	40 mg	--
Vitamine C	32 mg	40%

* AJR: Apport Journalier Recommandé.

DUOFLEX 30 GELULES
LOT : 230001
PER : 01/2026
PRIX : 220 DH

INSAPONIFIABLE D'AVOCAT ET SOJA
Curcuma, Harpagophytum;
Boswellia, Vitamine C



8 435110 860404

MULTIFLEX DUOFLEX

EN Store in the original carton in order to protect from light.
Important: read the package leaflet before handling pre-filled syringe.
Keep out of the reach and sight of children.
Medicinal product subject to medical prescription.
Do not shake

FR A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.
Important: lire la notice avant de manipuler la seringue préremplie.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Médicament soumis à prescription médicale.

Ne pas agiter

AR يتم حفظه في غلافه الخارجي الأصلي بعيداً عن الضوء.
الرجاء قراءة النشرة قبل استخدام الحقن المعلوقة المسبقة.
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول الأطفال.
مستحضر دوائي يخصيص لوصفة طبية.
لا يرج.

PROLIA 60mg
Solution injectable.
Boîte de 1 seringue pré-remplie
AMM N° 555/17 DMP/21NRQ
PPV : 2289,00DH
Titulaire de l'AMM au Maroc : SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

6 118001 071821

Manufacturer:
Amgen Europe B.V.
Minervum 7061, 4817 ZK Breda
The Netherlands

FR Une seringue préremplie sécurisée.
Seringue préremplie de 1 ml contenant
60 mg de denosumab (60 mg/ml).
Acide acétique glacial, hydroxyde de
sodium, sorbitol (E420), polysorbate 20
et eau pour préparations injectables.
Liste I. Uniquement sur ordonnance.

Site of Manufacture of Drug Product:
Amgen Manufacturing Limited
State Road 31-Kilometer 24.6
Juncos 00777-4060-Puerto Rico- USA

Follow the prescribed doses

Respecter les doses prescrites

احترموا المقادير الموصوفة

Prolia® 60mg
Solution injectable, boîte de 1 seringue pré-remplie



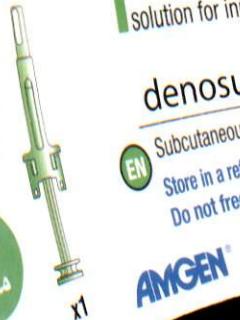
1012713
6 118001 071821

حقنة معلوقة مسبقاً مع جهاز آمن
للحماية الإبرة.
حقنة ١ مل معلوقة مسبقاً تحتوي على
٦٠ مجم من الدينيوسوماب
(٦٠ جم / مل).
حامض الجلايسيل استيك، هيدروكسيد
الصوديوم، سوربيتول (٤٢٠ E)،
بولي سوربيت ٢٠ وماء المستحضر الحقن.
قائمة ا يصرف بوصفة طبية.

بروليا® ٦٠ مجم
solution for injection in a pre-filled syringe / solution injectable en seringue préremplie /

محلول للحقن في حقنة معلوقة مسبقاً

denosumab / دينوسوماب



AMGEN®

EN

Subcutaneous use.

Store in a refrigerator. (2°C - 8°C)

Do not freeze.

FR Voie sous-cutanée.

A conserver au réfrigérateur. (2°C - 8°C)

Ne pas congeler.

عن طريق الحقن تحت الجلد
يجب حفظه في الثلاجة
(٢٠٨ - ٥٤ ج)
لا يتم تجميده

MFD: 02/02/2023
EXP: 02/02/2026
GTIN: 08715131022
SN: 7755175955
Lot: 1162170A

1028176

MYDOFLEX®

Tolperisone HCl

150 mg

MYDOFLEX® 150 mg

Tolperisone HCl

30 Comprimés pelliculés

6118001260850



6118001260850



Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC

150 mg

étoiles



260850

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC

150 mg

étoiles



1260850

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC

GTIN : 06118001260850

LOT : 4073

MFG : 10/2022

EXP : 10/2025

PPV : 940hs00

GTIN : 06118001260850

LOT : 4073

MFG : 10/2022

EXP : 10/2025

PPV : 940hs00

GTIN : 06118001260850

LOT : 4073

MFG : 10/2022

EXP : 10/2025

PPV : 940hs00

#PV : 940hs00