

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

- 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



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-681000

118269

Validé

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : CC3501

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Dr. Abd. Boumehdi Rima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 44 64 6868

Total des frais engagés : 1063,4 DHS

DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Traumatologie-Orthopédie
Résidence Rida PL 3rd El Mellah
Av. Hassan II, Rabat-Tel: 0537 73 12 23
INT: 101079127

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hyperthyroïdie D + Lombosciatalgie

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-681000

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : CC3501

Nom de l'adhérent(e) Dr. Abd. Boumehdi Rima

Total des frais engagés : 1063,4 DHS

Date de dépôt : 10/15/2022

Autorisation CHIFPA : AA 215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2022-06-22	G	300	INP : [REDACTED]	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE ST NELL SARL Bld 12 Seur Sale - Tel : 05 37 81 13 62 INP : 102034253	28/06/2022	768.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

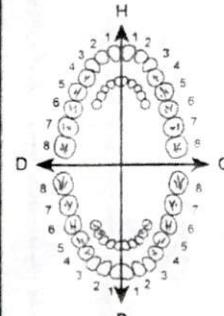
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

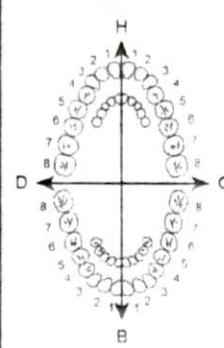
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

Dr. A. ISMAEL

Agrégé de Traumatologie et d'Orthopédie
de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Professeur

Chef de Service & de Département au Centre
Hospitalo-Universitaire Ibn Sina de Rabat

Expert assermenté auprès les Tribunaux



الدكتور. إسماعيل

أستاذ ميرفي جراحة العظام والتفاصيل

من كلية الطب بالرباط

أستاذ جامعي رئيس قسم وشعبة سابقا

بالمؤتمر الصحي الجامعي ابن سينا بالرباط

خبير محلف لدى المحاكم

جراحة العظام والتفاصيل
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

28.2.2022

Mme Mira OULED BOUMEHDI

80,90x3 3

- Vitamine D₃ Bon 3 ampoules

128,70 1 par mois.

- Cadelius 1 par jour,

22,00 1 Céadol 1 par jour 4 boîtes.

94,00 - Myosoflex 1 par jour (soir)

6/01/2022 (AB) N° 200831 136,50x2 3 boîtes.

6/30/2022 (AB) N° 200936 Alyse 25 1 matin 1 soir

188,10 3 mois.

- Piccadilene 300 1 par jour

768,40 3 mois.

DR. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Chirurgie Orthopédique
Télé: 05 37 73 13 61

PHARMACIE GET WELL SARL

(Ex-Pharmacie Alman)

42, Avenue Hassan II, Place Bab el Mellah - 12ème étage - 11ème étage - (à côté de la REDA) - Rabat
Télé: 05 37 73 13 61 - Fax: 05 37 70 09 49 - E-mail: praismael@yahoo.fr - ismael2002@gmail.com

شارع الحسن الثاني - ساحة باب الملاج - الدار البيضاء - قرضي - الطاطق الأول (قرب الوكالة المستقلة لتوزيع الماء والكهرباء) - الرباط

الهاتف : 06 42 56 80 49 - الواتساب : 05 37 73 13 61 - 05 30 531 73 12 23 / 05 37 70 09 49

300 mg D'INSPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300



LABORATOIRES
EXPANSIENCE.

1 gélule / jour
ج.م. ٣٠ جل. ٣٠ جل. ٣٠ جل. ٣٠ جل. ٣٠ جل. ٣٠ جل.

300 ج.م.



300 mg D'INSPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300



AMM N°65/18 DMP/21/NRS

La b. g.ma
S o t h e m a

Rue des Quatre Filles 28230 Epemont - France

Fabricant : Laboratoires Expansience

Sous licence EXPANSIENCE

B.P. N° 1, 27182 Boussouira - Maroc

laboratoire SOTHEMA

Téléphone de l'AMM/Distributeur :

300 ج.م.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gène fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.
Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT K413
FAB 11/2021
EXP 11/2024

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

التعليمات العلاجية:
يوصف هذا الدواء لعلاج للأعراض (الماء والانزعاج وظيفي)
يتأثر متأثر للارتفاع المقصري للورك والركبة.
يوصف هذا الدواء كعلاج مكمّل لدى المعاناة
من بعض أمراض اللقمة.
طريقة وأسلوب التناول:
من طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس
كثيرة من الماء،
1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام،
 يجب قراءة الشرة بتمعن قبل الاستعمال.

1

BATCH MAN 0221
HP415 EXP 1224

Vitamine D3 B.O.N.[®] 200 000 UI/1 ml

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription
نـهـجـهـ فـيـنـقـطـهـ بـعـدـ حـبـ وـصـفـةـ طـبـيةـ

لائحة

ZENITH Pharma
N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20.90 D%

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل



BOUCHARA=RECORDAT

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacture : المصنع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

1 ملليلتر لحقن العضلي والشرب / Oral and IM injectable solution / Solution injectable IM et buvable /

1

BATCH MAN 0221
HP415 EXP 1224

Vitamine D3 B.O.N.[®] 200 000 UI/1 ml

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription
نـهـجـهـ فـيـنـقـطـهـ بـعـدـ حـبـ وـ صـفـةـ طـبـيةـ

لائحة

ZENITH Pharma
N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20.90 D%

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل



BOUCHARA=RECORDAT

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

المصنوع
Fabricant / Manufacture
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

1 ملليلتر لحقن العضلي والشرب / Oral and IM injectable solution / Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution

1

BATCH MAN 0221
HP415 EXP 1224

Vitamine D3 B.O.N.[®] 200 000 UI/1 ml

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
مُعْطَى بِفَقْدٍ مُّحْبَرٍ، صَفَةٌ طَبَبَةٌ

لائحة

ZENITH Pharma
N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقر التسجيل



BOLICHARA=RECORDAT

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

1 ml محلول للحقن العضلي والشرب / Oral and IM injectable solution / Solution injectable IM et buvable /

MYDOFLEX®

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés



ETU13255-B

Tenir hors de la portée des enfants.
Conserver Mydollex dans son emballage original,
à la température (15-25°C), à l'abri de la lumière
et l'humidité

يحفظ بعدها عن متناول الأطفال.
يحفظ ميدوالكس في عبوة الأصلية.
في درجة حرارة بين (15-25°C) مئوية.
احمه من الرطوبة والضوء،
الجرعة وطريقة الاستعمال:
اقرأ النشرة المرفقة.

45x25.5x100

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3852

EXP: 11 2023



bottu,
A

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

© ABDIIBRAHIM

ALYSE® 25 mg

PREGABALINE
GÉLULES

56 GÉLULES

Varin

en 13

ec

6

4

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

9

bottu,
b

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale



ALYSE® 25 mg

PREGABALINE
GÉLULES

56 GÉLULES

Varin
2013
2012
2011
2010

Lot.: 21F422
Exp.: 06.2024
PPV: 136DH50

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (liste)
جدول (لائحة)



AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS

سيدول

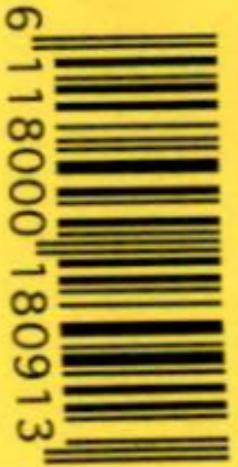
باراستامول / كبريتين



حبة
20

عن طريق الفم

Cédol®
20 Comprimés



ستمنديك ⚡

03/18

22,00

Composition :
Paracétamol..... 400 mg
Codeïne phosphate..... 20 mg
Excipients..... q.s.p 1 comprimé.
Ne pas laisser à la portée des enfants

سيدول

باراستامول / كبريلين



حبة
20

عن طريق الفم

Cédol®
20 Comprimés



ستمنديك ⚡

03/18

22,00

Composition :
Paracétamol..... 400 mg
Codeïne phosphate..... 20 mg
Excipients..... q.s.p 1 comprimé.
Ne pas laisser à la portée des enfants