

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.

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° W21-681000

118269

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Ouled Boumehdi Mira

Date de naissance :

Adresse : Rue ALKasbah N° 54 Hay Imbiat Sale

Tél. : 06 44 64 6868

Total des frais engagés : 1068,4 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR A. ISMAEL
Ancien Professeur
Traumatologie-Orthopédie
Résidence Rada PL Bab El Mellah
Av. Hassan II, Rabat-Tél.: 0537 73 12 23
INP: 101079127

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hémionchore 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 ADHERENT

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 : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumehdi Mira

Total des frais engagés : 1068,4

Date de dépôt : 10/05/2022

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
28-2-2002		9	307 L	INP : [] [] [] [] [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

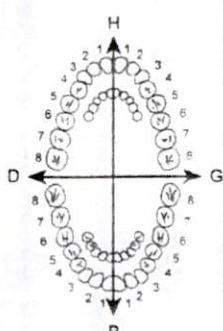
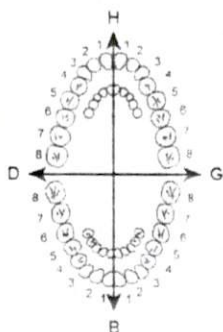
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

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 ع. إسماعيل

أستاذ مبرز في جراحة العظام والمفاصل
من كلية الطب بالرباط

أستاذ جامعي رئيس قسم وشعبة سابقا
بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا بالرباط

خبير محلف لدى المحاكم

جراحة العظام والمفاصل
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

28.2.2022

Mme Mira OULED BOUMEHDI

80,90x3 3

- Vitamine D3 BON 3 semaines

128,70 1 par mois.

- Cadelius 1 par jour,

22,00

- Cédol 1 par jour 4 boîtes.

94,00

- Mydoflex 1 par jour (soir)

3 boîtes.

6 01/03/2022

N° 200831

136,70x2

- Alyse 25 1 matin 1 soir

6 30/03/2022

N° 200936

188,100

3 mois.

- Piascledine 300 1 par jour

768,40

3 mois.

CADELIUS 600 mg/1000 UI

Calcium / Cholécalciférol (Vitamine D₃)

Comprimés orodispersibles. Boîte de 90

ppv : 128,70 Dhs



DR. A. ISMAEL
Ancien Professeur
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Hôpital Ibn Sina de Rabat
Tél: 05 37 73 12 23 / 05 37 70 09 16
Fax: 05 37 73 12 23 / 05 37 70 09 16
E-mail: praismael@yahoo.com / ismael2008@gmail.com

PHARMACIE GET WELL SARL

(Ex Pharmacie Alram)

42, Avenue Hassan II - Place Bab el Mellah - Résidence REDA - Immeuble G - 1er étage - (à côté de la REDAL) - Rabat

الهاتف : 05 37 73 12 23 / 05 37 70 09 16 - الفاكس : 05 37 73 12 23 / 05 37 70 09 16

E-mail : praismael@yahoo.com - ismael2008@gmail.com

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne 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 بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

PPU 188.00 DH

التعليمات العلاجية:

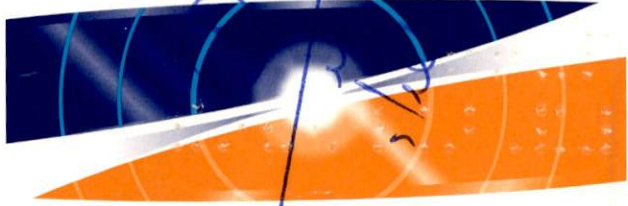
يوصف هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و انزعاج وظيفي) بتأثير متأخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.
يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب تناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.
1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام.
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.
علبة من 30 كبسولة.

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



300 تاكسليت

300 ملج من الأفوكا و الصويا في الغالب للحمية

EXPANSION®
LABORATOIRES

1 كسولة / jour
1 كسولة في اليوم



PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



سوطما

AMM N°65/18 DMP/21/NRS

Titulaire de l'AMM/Distributeur :
Laboratoire SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence EXPANSION®
Fabricant : Laboratoires Expanscience
Rue des Quatre filles 28230 Epernon - France



BATCH MAN 0221

HP415 EXP 1224

Vitamine D3 B.O.N.* 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تعليمات استعمال الدواء

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - لائحة II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

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



BOUCHARA-RECORDATI

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

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

فيتامين D3 ب.و.ن.*
200 000 وحدة دولية/1 ملل
من الأدوية: سعة 1 ملل
التركيبة:
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU
Médium-châtin triglycides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.*
200 000 UI/1 ml
in 1 ml ampoule
Composition:
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 UI
Médium-châtin triglycides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.*
200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml
Composition:
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.* 200 000 UI/1 ml
كوليكالسيفيرول / CHOLECALCIFEROL

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / للحقن وللشرب / 1 ملل / 1 محلول للحقن المحلى

Handwritten text in Arabic: "3/1 شهر" (3 months) and "نصف" (half).



BATCH MAN 0221

HP415 EXP 1224

Vitamine D3 B.O.N.* 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تعليمات استعمال الدواء

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - لائحة II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

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



BOUCHARA-RECORDATI

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

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

فيتامين D3 ب.و.ن.*
200 000 وحدة دولية/1 ملل
من الأدوية سعة 1 ملل
التركيبة
كوليكالسيفيرول (فيتامين D3) 200 000 وحدة دولية
تريغليسيريدات متوسطة السلسلة كمية كافية لدرجة 1 ملل

Vitamine D3 B.O.N.*
200 000 UI/1 ml
in 1 ml ampoule
Composition :
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 UI
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.*
200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml
Composition :
Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.* 200 000 UI/1 ml
كوليكالسيفيرول / CHOLECALCIFEROL

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / للحقن وللشرب / 1 ملل / 1 محلول للحقن المحلى

Handwritten text in Arabic: "3/1 شهر" (3 months) and "نصف" (half).



BATCH MAN 0221

HP415 EXP 1224

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تعليمات استعمال الدواء

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - لائحة II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

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



BOUCHARA-RECORDATI

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

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

فيتامين D3 ب.و.ن.
200 000 وحدة دولية/1 ملل
من الأدوية: سعة 1 ملل
التركيبة:
كوليكالسيفيرول (فيتامين D3) 200 000 وحدة دولية
تريغليسيريدات متوسطة السلسلة كيميائية كائنة لثدي 1 ملل

Vitamine D3 B.O.N.®
200 000 UI/1 ml
in 1 ml ampoule
Composition:
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 UI
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.®
200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml
Composition:
Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
كوليكالسيفيرول / CHOLECALCIFEROL

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / للحقن وللشرب / 1 ملل / 1 محلول للحقن المحلى

Handwritten text in Arabic: "3/1 شهر" (3 months) and "نصف" (half).



ETU13255-B

MYDOFLEX®
Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

 **LABATEC**

Voie orale

Tenir hors de la portée des enfants.
Conserver Mydoflex dans son emballage original,
à la température (15-25°C), à l'abri de la lumière
et l'humidité
Posologie et Mode d'emploi :
consulter la notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.
يحفظ ميذوفليكس في عبوته الأصلية.
في درجة حرارة بين (15-25)° مئوية،
أبعده من الرطوبة والضوء.
للجرعة وطريقة الاستعمال :
اقرأ النشرة المرفقة.

45x25.5x100

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3852

EXP: 11 2023



AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS



Tableau A (Liste I)
جدول أ (اللائحة I)

RESPECTER LES DOSSES PRESCRITES
احترم الجرعات المخصصة

Lot.:

21F422

Exp.:

06.2024

PPV: 136DH50

56 GÉLULES



Voie orale

ALYSE® 25 mg
PRÉGABALINE
GÉLULES

ABDIIBRAHIM



bottu^{ra}

b

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

AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS



Tableau A (Liste I)
جدول أ (اللائحة I)

RESPECTER LES DOSSES PRESCRITES
احترم الجرعات المخصصة

Lot.:

21F422

Exp.:

06.2024

PPV: 136DH50

56 GÉLULES



Voie orale

ALYSE® 25 mg
PRÉGABALINE
GÉLULES

ABDIIBRAHIM



bottu^{ra}

b

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

صيدول

باراسيتامول / كودين

Cédo!®

20 Comprimés



6 118000 180913

عن طريق الفم

جبة 20

سنتديك

Composition :

Paracétamol.....400 mg

Codeïne phosphate.....20 mg

Excipients.....q.s.p 1 comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants

00, 22



صيدول

باراسيتامول / كودين

Cédo!®

20 Comprimés



6 118000 180913

عن طريق الفم

جبة 20

سنتديك

Composition :

Paracétamol.....400 mg

Codeïne phosphate.....20 mg

Excipients.....q.s.p 1 comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants

00, 22

