

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0053698

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : ELAOUI KHANATA  
 Date de naissance : 1956  
 Adresse : 50 LOT KHANATA Oujda  
 Tél. : 06 11 820 500 Total des frais engagés : 308,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25/02/23  
 Nom et prénom du malade : ELAOUI KHANATA Age : 66  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Radiopathie cervicale  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Oujda Le : 05 02 23  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0053698

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 :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

# 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
25/02/23	C		GT	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA CLINIQUE 05/02/23	05/02/23	908,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

# 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																					
				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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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																							
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

### Dr. Amine NINEB

Neurologue - Neurophysiologiste - Chercheur  
Spécialiste des maladies du système nerveux central  
périphérique, Epilepsie, Maladie du nerf et du muscle  
Troubles du sommeil et traitement de la douleur  
Les maladies neurovasculaire - Traitement par toxine Botulique  
Electrodiagnostic (ENMG - EEG - PEA - PEV - PES)

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille
- Diplômé en Neurophysiologie Clinique à l'Université Pierre et Marie Curie de Paris.
- Ex. Chef de Clinique des services de Neurologie et de Neurophysiologie de l'assistance public des Hôpitaux de Paris: CHU Henri Mondor, Créteil.
- Ex- Enseignant à la Faculté de Médecine de Paris.
- Ex. Neurologue de l'Hôpital Intercommunal de la Rochelle, de Villeneuve Saint George de l'Hôpital Psychiatrique Lionel Vidart et de l'Association aide à l'Epileptique.
- Lauréat aux épreuves de Neurologie en France.

Oujda, le :

Identité :

الدكتور أمين نينب  
باحث

- إختصاصي في الأمراض العصبية
- أمراض الرأس، الصرع، العمود الفقري
- النوم والألم - الجلطة الدماغية
- الفحص بالشبكة والأجهزة تفكهربائية
- والمغناطيسية للدماغ، العضلات والحواس
- خريج كلية الطب ببليل - فرنسا
- خريج كلية بيار وماري كيري للفحص بالأشعة الكهربية والمغناطيسية بفرنسا
- رئيس سابق بقسم الأمراض العصبية والفحص بالأشعة الكهربية والمغناطيسية بمستشفيات باريس
- مدرس سابق بكلية الطب بباريس
- إختصاصي في أمراض الناعكة بمستشفى لاروشيل
- حاصل على شهادة تقديرية في الأمراض العصبية بفرنسا

PPV :

LOT :

PER :

30,00

44,20 1) - Dulalson mg

34,10 2) - Nifluril  
1 cp x 1  
1 gélule 1 fois / j

36,10 3) - Mycoderme crème

49,00 4) - Doxipox. 5 mg  
1, Apple  
1 fois x 1

75,00 5) - Celeph 100 mg

Dr. Amine NINEB

**MYCODERME®**

LOT: 08022047  
PER: 07/2027  
PPV: 36,70 DH

Nitrate d'écon

Topique



98, شارع علال بن عبد الله الطابق 1, شقة رقم 13 (فوق مقهى ريتاج) - Oujda

98, Bd. Allal Ben Abdellah 1<sup>er</sup> étage appt. N° 13 (au-dessus du café Ritaje) - Oujda

Fixe: 08 08 40 66 90 - Tél.: 05 36 70 21 21 - GSM: 06 42 86 66 88 - E-mail: cabinet.neurologue@gmail.com - ICE: 00168913900028

LOT: 015  
PER: JUN 2024  
PPV: 75 DM 00



PHARMACEUTICAL

30,00  
6) Ninodol. 400 mg

1 cp, 1 fois / J (soir)

40,00  
7) cotipred 20 mg  
1 cp x 1 J



308,40



# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

prednisolone (sous forme de  
métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,  
contre indications, excipients à effet  
notoire : voir notice

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme de métsulfobenzoate sodique)  
en base.....

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec ba

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bédridil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

PER: 06/25

LOT: L1950

# NIFLURIL

## ACIDE NIFLUMIQUE

Molécule originale synthétisée par les Laboratoires de recherche de l'UPSA, NIFLURIL (acide niflumique) s'est montré expérimentalement et cliniquement actif sur les différents stades de l'inflammation et doué d'une importante action antalgique.

NIFLURIL  
inflammatoire

**NIFLURIL** 30 gélules

PPV 34DH10  
EXP 05/2025  
LOT 24047 1

### indication

en r

- Rh

ank

- Rh

- A

caractérisées par un processus

rite rhumatoïde, spondylarthrite  
s inflammatoires).

rose, spondylarthrose).

névralgies cervico-brachiales,

périarthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites, épicondylites).

- Goutte aiguë.

### en médecine générale

- Manifestations inflammatoires accompagnant les maladies infectieuses.

- Phlébites, maladie thrombo-embolique, thyroïdite.

### en pneumophthisiologie

- Traitement des phénomènes inflammatoires et aigus des affections pulmonaires en association avec le traitement spécifique.

### en O.R.L.

- Traitement de la douleur et des réactions inflammatoires dans les affections aiguës, subaiguës, chroniques ou néoplasiques.

### en odonto-stomatologie

- Tous les états douloureux et les réactions inflammatoires.

- Pathologie douloureuse de l'articulation temporo-mandibulaire.

- Suites opératoires de la sphère O.R.L. et odonto-stomatologique.

### en urologie

- Pollakiuries, chaque fois qu'il s'agit d'un phénomène fonctionnel à participation inflammatoire.

- Lithiases urétrales.

### Posologie et mode d'emploi :

La posologie journalière est de 2 à 4 gélules par jour. il est toutefois **nécessaire de se conformer strictement à la prescription médicale.**

**Les gélules doivent être prises, sans les ouvrir, toujours au milieu ou à la fin des repas.**

### Contre-indications :

Ulcères gastro-duodénaux récents ou anciens.

### Présentation :

Boîte de 30 gélules dosées à 250 mg d'acide niflumique.



Laboratoires **LAPROPHAN S.A.** 21, Rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence des Laboratoires **UPSA**

160481F93017P091182

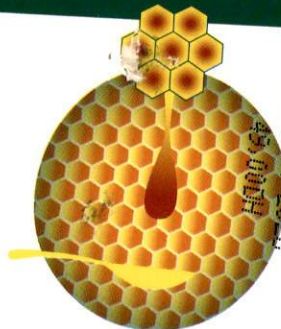
# Docivox

Sirop naturel  
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS  
ET DE PLANTES  
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel-menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT: 230137  
DLBO: 01/2025

125 ml

Deva

# DIFAL®

Diclofénac de sodium

Formes	C
DIFAL® 25 mg, DIFAL® 50 mg Comprimés gastro-résistants	Diclofenac sodique amidon de maïs, PVP30, amidon de magnésium, dioxyde Excipients à effet
DIFAL® 25 mg / 100 mg Suppositoires	Diclofenac sodique lactose, aérosil, glycérol suppositoire.
DIFAL® 75 mg Injectable Solution injectable IM 75 mg / 3 ml	Diclofenac sodique Excipients qsp 1 ml Excipients à effets glycol, alcool benzylique.

**DIFAL® 50 mg**

Boîte de 30 comprimés

E D F C A 4 V F A 01

## PROPRIÉTÉS :

Le diclofénac est un composé non stéroïdien possédant des propriétés anti-inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques, agissant par inhibition de la synthèse des prostaglandines.

## INDICATIONS :

Elles procèdent de l'activité anti-inflammatoire du diclofénac, de l'importance des manifestations d'intolérance auxquelles le médicament donne lieu et de sa place dans l'éventail des produits anti-inflammatoires actuellement disponibles.

Elles sont limitées au traitement symptomatique des affections suivantes :

• **Rhumatismes inflammatoires chez les enfants** : suppositoire à 25 mg (enfant > 16 kg, soit environ 4 ans), comprimé à 25 mg (enfant ≥ 6 ans) et comprimé à 50 mg (enfant à partir de 35 kg, soit environ 12 ans).

**Pour les adultes et enfants à partir de 15 ans (comprimés à 25 mg et à 50 mg, suppositoire à 100 mg) :**

• **Traitement symptomatique au long cours des rhumatismes inflammatoires chroniques et de certaines arthroses douloureuses et invalidantes** : notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou syndromes apparentés, tels que le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, et rhumatisme psoriasique.

• **Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des rhumatismes abarticulaires** (épaules douloureuses aiguës, tendinites, bursites), arthrites microcristallines, arthroses, lombalgies, radiculalgies sévères.

• **Traitement des dysménorrhées essentielles, après bilan étiologique.**

• **Solution injectable à 75 mg/3 ml** : traitement symptomatique de courte durée des rhumatismes inflammatoires en poussée, lombalgies aiguës, radiculalgies, crises de coliques néphrétiques.

## CONTRE-INDICATIONS :

- DIFAL® (toutes formes) est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 12 mois ;  
- Enfants de moins de 6 ans pour les formes : comprimé 25 mg, 50 mg, suppositoire 100 mg et injectable 75 mg ;

- Enfant de moins de 16 kg : suppositoire à 25 mg, en raison du dosage inadapté ;

- Enfant de moins de 35 kg : comprimé à 50 mg, en raison du dosage inadapté ;

- Enfants de moins de 15 ans : suppositoire 100 mg et injectable 75 mg ;

- Antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS ;

- Hypersensibilité au diclofénac ou à l'un des composants ;

- Grossesse : dès le 5ème mois ;

- Insuffisance hépatocellulaire sévère ;

- Insuffisance rénale sévère ;

- Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée ;

- Ulcère gastrique ou duodénal évolutif ;

- Antécédent d'asthme ou d'urticaire suite à la prise d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments anti-inflammatoires ;

- Antécédents récents de rectites ou de rectorragies (pour les suppositoires à 25 mg et à 100 mg) ;

- Contre-indication liée à la voie intramusculaire solution injectable à 75 mg/3 ml : troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours.

- Chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'acide benzylique.

**En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Respecter la prescription médicale.

**ENFANT à partir de 12 mois** : 2 à 3 mg/kg/jour, à répartir en 2 ou 3 prises, soit à 10 mg/30 kg ;

DIFAL® 25 mg suppositoire : enfant de 16 à 35 kg : 1 suppositoire à 25 mg ;

**ENFANT à partir de 6 ans** (en raison du risque de fausse route) : 25 mg comprimé 3 fois par jour ;