

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

- 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° W21-727595

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société : 167057

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benamar Mohammed

Date de naissance : 15-07-1953

Adresse : Hay elmohammadi lot elouakda rue khalel ben Oualid N° 15 OUTDA

Tél. 0611872596 Total des frais engagés : 2377,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/2023

Nom et prénom du malade : Benamar Mohammed

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tremblement essentiel

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 : OUTDA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/06/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
	CS			INP : 081247827

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			2

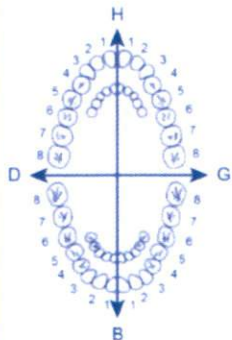
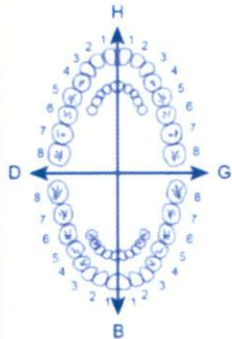
[illegible]

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	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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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

Pr. Yassine MEBROUK

Neurologue

Professeur de Neurologie

Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda

Spécialiste des maladies du cerveau

et de la moelle épinière

Adulte et Enfant

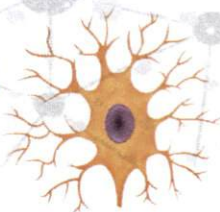
Explorations électroneurophysiologiques

Électroencéphalogramme (EEG)

Électromyogramme (EMG)

Électroneuromyogramme (ENMG)

Potentiels évoqués visuels (PEV)



البروفيسور ياسين مبروك

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بوجدة

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

الكبار والأطفال

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

وجدة، في 11/04/2023

M. BENAMEN M. HAMEN

2260 x 27 = 61020

1 - Topiramate GT 211 //

2 - G 211 //

58900 x 3 = 176700

2 - Siphyl 1011 //

G 211 //

3 - Alpro 2011 //

71 - 71 - 71 //

المستعجلات : 06 66 72 36 34 - Urgences : 06 26 96 36 99 - المواعيد : 06 26 96 36 99

البريد الإلكتروني : E-mail : mebrouky@gmail.com

3 - replica 28/11

A — G —

T: 237720

Dr. Yassine MEBROUK
Professeur Agrégé en Neurologie
Centre Hospitalier Universitaire
Rte. Méditerranéenne - Ouled
JPE: 081247537

PHARMACIE TENNIS
DR CHAKRI Eddine
Rte Méditerranéenne - N°19
Ouled JPE: 081247537
Tél: 0535 689113
INPE: 081247537

par 3mm

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

Topiramate GT[®] 25 mg

Topiramate

Voie orale

10 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

TOPIRAMATE GT[®] 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: TJ1159A

Per: 10/2025

PPV: 22DH60

1,05 mg

Sifrol®

Chaque comprimé à libération prolongée contient 1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/020

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوافق 1,05 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/020

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين

لا تسوفوا بدون انتشار: مخلص في الصحة/ مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé



SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02

1,05 mg

Sifrol®

Chaque comprimé à libération prolongée contient
1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté
correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de
l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/020

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي
الماء، أي ما يوافق 1,05 ملغ من البرامبيكسول.
عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/020

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين

لا تسوفوا بدون انتشار: مخلص في الصحة/ مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé



SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02

1,05 mg

Sifrol®

Chaque comprimé à libération prolongée contient
1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté
correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de
l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/020

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي
الماء، أي ما يوافق 1,05 ملغ من البرامبيكسول.
عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/020

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين
لا تسوفوا بدون استشارة مختص في الصحة/ مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé



SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 589 DH 00

300207-02