

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-008299

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **93264** Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **ZAOUITA MANSOURA E MAKHLOUKI**

Date de naissance : **1925** **MOHAMED**

Adresse : **HAY BOUMAGGAB, RUE 10, N°41 S/M**

Tél. : **0641.61.0834** Total des frais engagés : **734 DHS #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDRHIRI NAIMA
Expert Assermenté
Derb Inani, Rue 29 N°3
Casablanca Tél : 0522 62 02 35

Date de consultation : **31 / 07 / 2023**

Nom et prénom du malade : **ZAOUITA MANSOURA** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

H.T.A

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'I
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
31 07 2023		C	150.00	Dr. OUDRHIM NAINA Expert Assermenté Dero Inani, Rue 29 N°3 Casablanca Tél : 0522 62 02 35

INPE 8 09/11/6778

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DOUMA 22, Bd. Aminda Hay Douna Sidi Moumen - Casablanca Tél.: 05 22 70 26 46	31-07-23	664,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

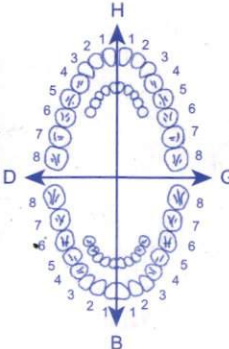
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Dr. OUDRHIM NAINA - Expert Assermenté Derb Inani, Rue 29 N°3 Casablanca Tél : 0522 62 02 35</p>	<p>31 07 2023</p>			<p>2 IM</p>	<p>2004</p>	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

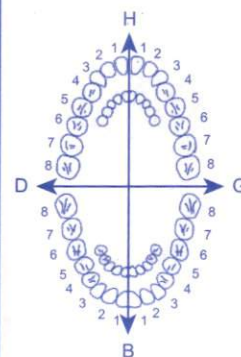
SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(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

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وادغيري

الطب العام

طبيبة محلقة

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 31-07-2023

الدار البيضاء في

2030x2, Mme ZOUIA HANBOURA
160/12, r

S.V.

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Annahda Hay Douma
Sidi Moumen - Casablanca
Tél.: 05 22 76 25 46

18800

21 Piasced

S.V.

24,30x2

31 Solu Meshop

1st floor

S.V.

21,50

41 H'gial

1st floor

S.V.

Dr. OUDRHIRI NAIMA
Expert Assermenté
Derb Inani - Rue 29 N°3
Casablanca Tél : 0522 62 02 35

664,10

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

ياسكلدين



6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH



6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

MIGRALGINE®

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL.....400,0 mg

CAFEINE.....62,5 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE.....20,0 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule*

*Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine (E 104), dioxyde de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose

• FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

• CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

• DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou qui ne sont pas soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

• ATTENTION :

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Allergie à l'un des composants.
- Maladie grave du foie.
- Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.

Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'enoxacine (antibiotique).

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

• MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

• PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.
- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

DER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

TRES INTERACTIONS

NS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT RE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE

PPV: 21DH50

PER: 05/25

LOT: M1708

LSR

25

MODE ET VOIE
D'ADMINISTRATION:
Voies injectables
intraveineuse,
intramusculaire
MISES EN GARDE
SPECIALES: Se reporter
à la notice.
Ne pas laisser à la
portée des enfants.
LIRE ATTENTIVEMENT
LA NOTICE AVANT
UTILISATION

يُحفظ هذا الدواء بعيداً عن مرئى
ومتناول الأطفال
يرعى قراية النشرة بعناية قبل استخدام
هذا الدواء



P.P.V. 24,30

00556008100

Solu-Médrol®
Poudre et solvant pour
solution injectable

40 mg/2 ml

méthylprednisolone
hémisuccinate

1 flacon de poudre +
1 ampoule de
solvant (2 ml)

سولوميدرول
مغ/2 مل

هيميسوكسينات ميثيل الپريدنيزولون
مسحوق مُجفَّف بالتجميد ومحلول للحقن



Lot
Exp

S4T49A741

09 2024

Solu-Médrol®
40 mg/ 2 ml
Médicament autorisé
n° 230/DMP/21/NTT

Respecter les doses
prescrites
أحترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur
ordonnance
Liste I

قطر وفقاً لوصفة طبية لائحة I

COMPOSITION

- pour un flacon de
poudre:
méthylprednisolone
(sous forme
d'hémisuccinate):
40 mg.
- Excipient: phosphate
monosodique
anhydre, phosphate
disodique anhydre,
lactose.
- pour une ampoule
de solvant: eau p.p.i.



TSE- XXXX
SC227
ZWART
GR5473
BR730
R00352

Solu-Médrol® 40 mg/2 ml
Poudre et solvant pour solution
injectable
méthylprednisolone hémisuccinate

المادة الفعالة هي:
هيميسوكسينات ميثيل الپريدنيزولون 50.70 مغ
نسبة مناسبة من ميثيل پريدنيزولون في شكله الأساسي 40.00 مغ
للقاورة الواحدة
المكونات الأخرى هي: أحادي فوسفات الصوديوم اللامائي، ثنائي
فوسفات الصوديوم اللامائي، اللاكتوز
ماء مُخصص لتراكيبات الحقن

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0.500 - Route de Oualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc
Fabricant responsable de la libération des lots /
المُصنِّع لمسؤول عن طرح الدفعات

VALDEPHARM
Parc industriel d'incanville
27100 VAL-DE-REUIL
France
Pfizer Manufacturing belgium nv
Rijksweg 12
2670 puurs
belgique

الحاصل على تصريح بطرح
المنتج في السوق في المغرب
معامل فايزر ش.م
طريق الوايدي، الكينو 0.500
24000 .35
المدينة، المغرب

مسار الاستعمال وطريقة تناول:
عن طريق الحقن الوريدي (الحقن المباشر
الطبيعي)، أو التنظيط العنسي.