

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.



196958

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032589

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1467 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUMEN Brahim
Date de naissance : 01-06-1954
Adresse : N°14 lot ouled Raviem Hg Mly Rachid 1
Casablanca Maroc
Tél. : 0664-94-12-31 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 22/11/2019
Nom et prénom du malade : TALKI MAHJOUBA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur genou Dk.
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

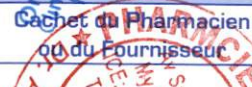
Adresses Mails utiles

- 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

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
			300,00	
			Compulse	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	Montant de la Facture
	23 03 12 01 2023 2024
	382,90 319,40

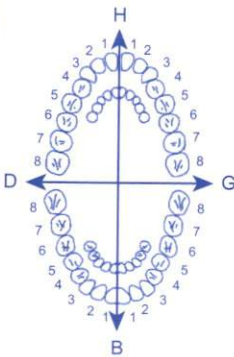
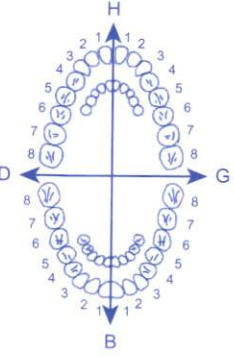
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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							
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>						
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>						
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	B	
	H									
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	B									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>				D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		
	D	G								
	00000000 35533411	00000000 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

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

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim MENJRA

Chirurgien

Orthopédie - Traumatologie

Ex interne des Hôpitaux de Paris

Traumatologie de sport

Chirurgie de la main - Microchirurgie

Casablanca

Mme. MALKI Mahjouba.

الدكتور كريم منجرة

طبيب جراح

جراحة العظام و المفاصل

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الطب الرياضي

جراحة اليد، الجراحة المجهرية

الدار البيضاء، في

283.00

CHONDROSULF 400 : 2 GELULES PAR JOUR 1 BOITE.

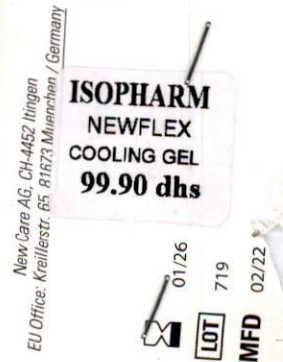
99.90

NEWFLEX COOL GEL : 1 APPLICATION 2 FOIS PAR JOUR 1 TUBE.

T= 382.90



Dr. KARIM MENJRA
Chirurgien
Orthopédie Traumatologie
Clinique Sidi Othman - Casab
ICE : 002988752000033
INPE : 09167387



Clinique Sidi Othman

Place de la préfecture - Sidi Othman - Casablanca

Téléphone : 05 22 59 75 75 - Fax : 05 22 59 76 76

ICE : 002988752000033- E-mail : cliniqueso@menara.ma ; البريد الإلكتروني

ساحة العمالة، سيدي عثمان - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 59 75 75 - الفاكس : 05 22 59 76 76

Chondrosulf® 400 mg Gélule

IBSA

Chondroïtine sulfate sodique (ACS4 - ACS6)

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne constatez aucune amélioration après

la gêne fonctionnelle au cours de l'arthrose du genou et de la hanche.

Ce médicament a une action lente, retardée d'environ 2 mois et son effet peut persister après l'arrêt du traitement.

2

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CHONDROSULF® 400 mg, gélule.

**Ne prenez jamais
gélule :**

- antécédents d'allergie à l'un des composants de ce produit,
- enfant de moins de 16 ans.

Avertissements

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre CHONDROSULF® 400 mg, gélule.

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO

6 118 00 1127 12 14
PPV : 283,00 DH

Docteur Karim MENJRA

Chirurgien

Orthopédie - Traumatologie

Ex interne des Hôpitaux de Paris

Traumatologie de sport

Chirurgie de la main - Microchirurgie

الدكتور كريم منجرة

طبيب جراح

جراحة العظام و المفاصل

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الطب الرياضي

جراحة اليد، الجراحة المجهرية

Casablanca, le 03 JAN 2024 في الدار البيضاء،

Nalki Mahjou BA

ex. Moumen

PHARMACIE DYAR AL WAFAA
H. ALAMI Imane
Lot Ould Harres N° 48, Bd Okba
Ibnou Hattil, Moumenzel
Casablanca - Tél. : 0622 70 07 16

60,40

Di. SV

149,10 x 2

1 sup / esson

21000 ta

SV
Koumadep-

2 par Jour 21000

T= 319,40

PHARMACIE DYAR AL WAFAA
H. ALAMI Imane
Lot Ould Harres N° 48, Bd Okba
Ibnou Hattil, Moumenzel
Casablanca - Tél. : 0622 70 07 16

Clinique Sidi Othman

Place de la préfecture - Sidi Othman - Casablanca

Téléphone : 05 22 59 75 75 - Fax : 05 22 59 76 76

ICE : 002988752000033- E-mail : cliniqueso@menara.ma

Dr. Karim MENJRA
Chirurgien
Orthopédie - Traumatologie
GSM : 06 61 18 50 16

مصحة سيدي عثمان

ساحة العمال، سيدي عثمان - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 59 75 75 - الفاكس : 05 22 59 76 76

البريد الإلكتروني :

Di-INDO® (Indométacine calcique pentahydrate)

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (imprimées «DI-INDO® 25 mg») ivoire orange en boîtes de 30 gélules
- DI-INDO® Comprimés effervescents dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 50 mg en boîtes de 10 suppositoires
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 suppositoires

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.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimousse PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Gélules à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécithine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibrage n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate, cellulose microcristalline.

- DI-INDO® Suppositoires à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Gt polyglycolysés saturés.

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg
Indométacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Gt polyglycolysés saturés.

LISTES DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

* Comprimé dispersible : Lactose.

* Gélule : Lactose.

* Comprimé effervescent : Sodium : environ 596 mg de sodium comprimé effervescent à 25 mg et environ 592 mg de sodium comprimé effervescent à 50 mg.

3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Anti-inflammatoire non stéroïdien, inhibiteur préférentiel de l'oxogénase-2 (COX-2).

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien, indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères;
- en traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites,

bursites, épaule douloureuse aiguë).

- certaines inflammations des articulations par dépôts de cristaux telle que la goutte,

- douleurs aiguës d'arthrose,

- douleurs liées à l'irritation aiguë d'un nerf telles que la sciatique.

5 - POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

A TITRE INDICATIF :

La dose journalière habituelle est de 50 à 200 mg, à répartir en plusieurs prises.

Voie et mode d'administration

- Les formes orales doivent être prises au milieu des repas.

- Se laver les mains après manipulation du suppositoire.

Fréquence et moment auquel le médicament doit être administré

- Suppositoires : 1 à 2 suppositoires à 50 mg par jour,

ou 1 suppositoire à 100 mg par jour (le soir au coucher).

- Voie orale : 2 à 6 gélules ou comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 25 mg en doses fractionnées par jour.

- 1 à 3 comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 50 mg en doses fractionnées par jour.

Durée du traitement

DI-INDO® doit être utilisé aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin l'aura conseillé.

Si vous avez pris plus de DI-INDO® que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

6 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DI-INDO®, dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),

- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine).

- antécédent d'allergie à l'un des excipients,

- antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,

- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien en évolution ou récidivant,

- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,

- maladie grave du foie,

- maladie grave du rein,

- maladie grave du cœur,

- enfant de moins de 15 ans.

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

7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, DI-INDO® est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les médicaments tels que DI-INDO® pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

- Peuvent survenir :

- des réactions allergiques :

- cutanées de type éruption, urticaire, démangeaisons, inflammation des vaisseaux sanguins, rougeur, exceptionnellement : éruption cutanée lors d'une exposition au soleil;

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 600DH40
EXP 02/2026
LOT 20013 3

Des troubles cardiaques : rarement, hypo ou hypertension, palpitations,

douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

reumadep®

30 capsules

INDICATIONS

REUMADEP® est un complément alimentaire à base d'extraits de plantes, proline, manganèse et vitamine D. La vitamine D et le manganèse contribuent au maintien de la santé des os. La boswellia, la griffe du diable, la griffe de chat, la grande camomille et le frêne contribuent au maintien de la fonction articulaire.

INGRÉDIENTS

Griffe du diable (*Harpagophytum procumbens* DC.) extrait sec de racines tit. à 2,5% d'Harpagoside

Griffe de chat (*Uncaria tomentosa* Willd. ex Schult. DC.) extrait sec d'écorce tit. à 3% d'alkaloïdes d'oxindole

Boswellia (*Boswellia serrata* Roxb.) extrait sec de gomme tit. à 65% d'Ac. Boswellique

Grande camomille (*Tanacetum parthenium* Schultz-Bip.) extrait sec d'herbe avec fleurs tit. à 0,5% de Parthénolides

Frêne (*Fraxinus excelsior* L.) extrait sec de feuilles tit. à 2% d'Ac. Chlorogénique

Proline

Gluconate de manganèse

Vitamine D

Proline: cet acide aminé est indispensable pour la synthèse du collagène, protéine qui est une constituante des cartilages, des os, des tendons et des ligaments. Il est essentiel pour préserver la fonction articulaire.

Manganèse: le manque de manganèse comporte un durcissement des cartilages des articulations (surtout du dos et du genou).

Vitamine D: la carence en vitamine D est caractérisée par fatigue, réduction de la fonction articulaire.

MODE D'EMPLOI

Il est conseillé

CONTRE-INDICATIONS

Aucun effet secondaire connu du produit; éviter de prendre plusieurs composés.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Tenir hors de portée des enfants de moins de 3 ans. Ne pas dépasser la dose recommandée. Les compléments alimentaires doivent être utilisés dans le cadre d'une

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g

LOT:

PER:

PPC: 149,50 DH

W044
01/2026

reumadep®

30 capsules

INDICATIONS

REUMADEP® est un complément alimentaire à base d'extraits de plantes, proline, manganèse et vitamine D. La vitamine D et le manganèse contribuent au maintien de la santé des os. La boswellia, la griffe du diable, la griffe de chat, la grande camomille et le frêne contribuent au maintien de la fonction articulaire.

INGRÉDIENTS

Griffe du diable (*Harpagophytum procumbens* DC.) extrait sec de racines tit. à 2,5% d'Harpagoside

Griffe de chat (*Uncaria tomentosa* Willd. ex Schult. DC.) extrait sec d'écorce tit. à 3% d'alkaloïdes d'oxindole

Boswellia (*Boswellia serrata* Roxb.) extrait sec de gomme tit. à 65% d'Ac. Boswellique

Grande camomille (*Tanacetum parthenium* Schultz-Bip.) extrait sec d'herbe avec fleurs tit. à 0,5% de Parthénolides

Frêne (*Fraxinus excelsior* L.) extrait sec de feuilles tit. à 2% d'Ac. Chlorogénique

Proline

Gluconate de manganèse

Vitamine D

Proline: cet acide aminé est indispensable pour la synthèse du collagène, protéine qui est une constituante des cartilages, des os, des tendons et des ligaments. Il est essentiel pour préserver la fonction articulaire.

Manganèse: le manque de manganèse comporte un durcissement des cartilages des articulations (surtout du dos et du genou).

Vitamine D: la carence en vitamine D est caractérisée par fatigue, réduction de la fonction articulaire.

MODE D'EMPLOI

Il est conseillé

CONTRE-INDICATIONS

Aucun effet secondaire connu du produit; éviter de prendre plusieurs composés.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Tenir hors de portée des enfants de moins de 3 ans. Ne pas dépasser la dose recommandée. Les compléments alimentaires doivent être utilisés dans le cadre d'un

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g

LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH

W044
01/2026