

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, parodontologie 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° W19-442591

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Vve 00429 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HAYDUN TOURIA

Date de naissance : 14/08/1979

Adresse : Hajj Mohammed Unité 1 n° 6 Mohammadia

Tél. : 0634928030 Total des frais engagés : 997,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/08/2019

Nom et prénom du malade : Mme Ben Haydun Touria Age : 79 ans

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

Nature de la maladie : Gonalgie

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 : Kenitra Le : 17/08/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15.08.19	CS		20000	

17 AOÛT 2019

05 11 66 841

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15.08.19

447.90

005

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

16.08.2019

230

300.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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 protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		
36533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

اختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل - العمود الفقري

الدكتورة أسماء الحسني

Docteur Asmae Hassani

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le 15.08.2019

القنيطرة في :

Nom & Prénom: Mme BENHAYOUN Touria

1 VOLTARENE EMULGEL

Faire 1 application à midi et le soir, pendant 20 jours.

2 VITAFLEX GELULES

Prendre 1 gélule à midi, après le repas, pendant 1 mois.

3 ZOEGAS

Prendre 1 gélule le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

4 PIASCLEDINE 300 mg gél : B/15

Prendre 1 gélule à midi, au cours du repas, pendant 3 mois.

Dr Asmae Hassani

61. شارع مولاي عبد الرحمان، إقامة منة الله 2، مكتب رقم 5، القنيطرة

61. Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5. Kénitra

Tél: 0537379187

الهاتف: 0808417957

E-mail :hassaniasmae5@gmail.com

INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014



ZEGA
Esomeprazole

gélule

LOT 180784
EXP 02/2020
PPV 86.90DH

istantes
12

PIASCLEDINE® 300

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

ماسكليدين 300®

من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSI
LABORATO

Voltarène

50 g Emulgel Topique 1 %



6 118000 220213

LOT : M0460
EXP : SEP 2021
PPV : 53,00 DH



VITAFLEX[®]

26/10/15
2

VITAFLEX[®]

ARTICULATIONS



30 

gélules / capsules

Confort des articulations⁽¹⁾
Articulation comfort⁽¹⁾

Poids Net / Net Weight : 11,9 g



VITAFLEX[®]

VITAFLEX®

76 Lot El Youmn 1, BMO - MEKNES - MAROC

Distribué par : DERMAFRAC

32, RUE DE LOURMEL 75015 PARIS - FRANCE

Pour : IRATI INTERNATIONAL

Biopôle Clermont-Limagne - 63360 Saint-Beauzire - FRANCE

Fabrique par : IGEPHARMA

from light.

for people with an allergy to salicylates. Keep it in a clean, dry room away

should be stored out of the reach of young children. Do not exceed the

Food supplements should not be used as a substitute. The products

important to follow a varied and balanced diet and a healthy lifestyle.

Precautions for use: This food supplement is not a medicine. It is

Instructions for use: Take 1 or 2 capsule(s) per day.

et à l'abri de la lumière.

dose journalière recommandée. À conserver dans un endroit propre, sec

personnes souffrant d'allergies aux dérivés salicylés. Ne pas dépasser la

la portée des jeunes enfants. L'emploi du produit est déconseillé aux

d'un régime alimentaire varié et équilibré. Garder le produit hors de

le cadre d'un mode de vie sain et ne pas être utilisés comme substituts

médicamenteux. Les compléments alimentaires doivent être utilisés dans

Précautions d'emploi : Ce complément alimentaire n'est pas un

Conseils d'utilisation : Prendre 1 à 2 gélules) par jour.

caking agent: magnesium stearate; manganesse gluconate, copper sulfate (copper 0.3mg / 2 capsules).

Ingrédients: Bulking agent: maltodextrine, capsule shell (bovine gelatin), dry extract of horopogophyllum (Horopogophyllum procumbens), dry extract of horopogophyllum (Filipendula ulmaria), anti-

reine des prés (Filipendula ulmaria), anti-agglomérant: stéarate de magnésium, gluconate de manganèse, sulfate de cuivre (cuivre: 0,3mg / 2 gélules).

Ingrédients : Agent de charge : maltodextrine, enveloppe de la gélule (gélatine bovine, extrait sec de parties aériennes de Prêle des champs (Equisetum

arvense), extrait sec de rhizome de curcuma (Curcuma longa), extrait sec d'haropogophyllum (Haropogophyllum procumbens), extrait de sommité fleurie de

Made in France

30 gélules / 30 capsules

(1) Propriétés:

et des cartilages.

• La Prêle aide à maintenir les articulations souples.

• L'Haropogophyllum aide à maintenir la santé du cartilage et à la flexibilité des tendons

VNR = Valeurs Nutritionnelles de Référence - NRV = Nutrient Reference Values

Information Nutritionnelle / Nutritional Information	Pour 1 gélule In 1 capsule	Pour 2 gélules In 2 capsules	VNR
Extrait d'haropogophyllum racine	20 mg	40 mg	
Haropogophyllum root extract			
Extrait de préle partie aérienne	60 mg	120 mg	
Horsetail aerial part extract			
Extrait de curcuma rhizome	25 mg	50 mg	
Turner rhizome extract			
Extrait de reine des prés sommité fleurie	4 mg	8 mg	
Queen extract meadows flowering top			
Cuivre Copper	0.15 mg	0.30 mg	30 %
Manganèse Manganese	0.075 mg	0.150 mg	7.5 %

VITAFLEX®

N° DE LOT / BATCH N°

DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE:

A CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE:

Prix 120,00 dhs

الدكتورة أسماء الحسني

Docteur Asmae Hassani

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل - العمود الفقري

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le : 15 Août 2019 القنيطرة في :

Nom & Prénom : Mme BENHAYOUN Touria

Faire pratiquer:

Radiographies des 2 genoux F/P

Dr. Asmae Hassani / Rhumatologue
Ancienne Attachée à l'hôpital El Ayachi de Salé
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire
Thérapie par ondes de choc
Tél: 0537379187 / 0808417957
E-mail: hassaniasmae5@gmail.com

61, Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5. Kénitra

Tél: 0537379187 / 0808417957 الهاتف

E-mail: hassaniasmae5@gmail.com

INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014

RADIOLOGIE FIRDAOUS

PATENTE:20805985 C.N.S.S: 5230199 IF: 20705983

RC: 46271

ICE: 001822267000004

KENITRA

Tél: 05 37 36 08 94 Fax : 05 37 36 25 28

F A C T U R E


N° : 1908161010 du 16/08/2019

Nom patient : Mme BENHAYOUN TOURIA

Médecin : Dr. A. HASSANI

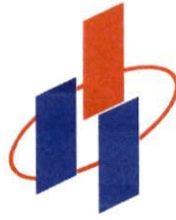
Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
GENOUX (F+P)	30	300,00
	Total	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS


Dr. Jamal AOUF
Radiologie Firdaous
Tél: 05 37 36 08 94

RADIOLOGIE FIRDAOUS

IRM - SCANNER SPIRALÉ - Radiologie numérique - Echographie
Doppler couleur - Panoramique dentaire - Mammographie
Cone beam



الفحص بالأشعة فردوس

الفحص بالرنين المغناطيسي - راديولوجي - إكوغرافية
دوبلير بالألوان - راديو الأسنان والثدي - سكانير

Docteur Jamal AOUIFI

Diplôme de radiodiagnostic (Paris - France)



الدكتور جمال عويفي

اختصاصي في الفحص بالأشعة (باريس - فرنسا)

Nom du patient(e) : Mme BENCHAYOUN TOURIA
Nom du médecin : Dr. A. HASSANI

Kénitra le 16/08/2019

Rx DES DEUX GENOUX **(Face + Profil)**

- Déminéralisation osseuse .
- Gonarthrose bilatérale avec condensation des berges articulaires, ostéophytose marginale et pincement articulaire fémoro-tibial du compartiment interne .
- Gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale.
- Calcification des insertions tendineuse rotuliennes.
- Pas de calcification articulaire.

Merci de votre confiance.



80, Avenue Youssef Ibn Tachfine
KENITRA

Tél. : 05 37 36 08 94 / 06 61 35 86 10

Fax : 05 37 37 66 45

radiologiefirdaous@gmail.com

80، شارع يوسف بن تاشفين
القنيطرة

الهاتف : 06 61 35 86 10 / 05 37 36 08 94

الفاكس : 05 37 37 66 45