

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A RESPECTER POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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

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



ND: 30922

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020695

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADIM Mada Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL BLIDI Samir
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
38, Av. Al Abtal, 3ème Etage Apt. N° 10
Agdal - Rabat (Pres. Mosquée BADR)
Tel : 05 37 68 07 77 / 05 37 77 77 77

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BARGACH Samir Age :

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

Nature de la maladie : Arthrose

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) :

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
02/03/20				Dr. EL BOUANE Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 18 Av. Al-Andalous - Algiers 16 Tél: 37 68 07 77 - 37 77 11 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
Pharmacie IDEALE Docteur en Pharmacie Mme BOUBANE Marjem 18 Av. Al-Andalous - Algiers 16 Tél: 37 68 07 77 - 37 77 11 77	02.03.20	342,95

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaies, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Samir EL BLIDI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Adultes - Enfants

Diplômé des Facultés de CAEN et MONTPELLIER

Spécialiste de la Chirurgie des Fractures - Prothèses

Arthroscopie- Chirurgie du pied - Orthopédie infantile

Ex-chef de service des hôpitaux de Bretagne (France)



الدكتور سمير البليدي

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

كبار - أطفال

خريج كليات كان و مونبيلي (فرنسا)

جراحة الكسر - الجراحة بالمجهر - المفاصل الإصطناعية

جراحة الرجل - جراحة عظام الأطفال

رئيس مصلحة سابقا بمستشفيات بروتاني (فرنسا)

Rabat, le 10.2 MARS 2020 الرباط, في

Mme BARGACH Siham

169.00 1 - Dolipax 90

1 g x 15'

53.10 2 - Melaxol.

2 g x 8'

82.00 3 - Oxygucel

1 g x 20'

38.80 4 - Agifac gel

1 g x 10'

C.Y.M. Rabat Tél: 05 37 68 07 77
38, Av. El Menzah
Docteur en Pharmacie
Mme BOUBANE M
Pharmacie IDEALE

Docteur EL BLIDI Samir
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
38, Av. El Menzah
Agdal - Rabat - Tél: 05 37 68 07 77
Urgences : Contacter Clinique Agdal 05 37 67 77 77
Tél 05 37 68 07 77

38, Av. El Menzah - 3ème étage - Appt n°10 (près de la mosquée Badr) - Agdal - Rabat - Tél: 05 37 68 07 77

342/95

COMPOSITION :

Etoricoxib 90 mg.

Excipients : q.s.p. 1 comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire : lactose monohydraté.

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

إيتوريكوكسيب 90 ملغ.

التركيب النوعي والكمي من المادة الفعالة لكل جرعة واحدة.

سواغ ذو تأثير معروف: مونوهيدرات اللاكتوز.

يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.

78x22x104
2

DOLICOX 90 mg
Etoricoxib

14 Comprimés pelliculés



دوليكوكس®
إيتوريكوكسيب
90 ملغ

14 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتي ش.م.
82. مر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. المشونلي - صيدلي مسؤول

b

100212
04.18

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.
يحتفظ داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة.

Médicament soumis à la prescription médicale.

دواء بوصفة طبية.

AMM N° 424/17DMP/21/NNP

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات المحددة

جدول أ (الدرجة 1) (Liste I) Tableau A

14 Comprimés
pelliculés

DOLICOX[®] 90 mg

Etoricoxib

س. باحوشي

14 Comprimés pelliculés

voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

DOLICOX[®] 90 mg
Etoricoxib

PPV: 169DH00
PER: 10/23
LOT: 12106-12

IMPRIMEPEL

Composition : Paracétamol 500 mg
Thiocolchicoside 2 mg
Pour un comprimé.
المكونات: باراسيتامول 500 ملغ
ثيوكولشييكوزيد 2 ملغ
لكل قرص.

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Aïn Sebaâ 20250
Casablanca - Maroc.
Fabricant : Maphar
km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata - Aïn Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

GZ000420-01
07/18

Relaxol® 500mg/2mg

Paracétamol/Thiocolchicoside

Voie orale

20 Comprimés



SANOFI

Relaxol 500mg/2mg
Paracétamol/Thiocolchicoside
20 Comprimés



رولاكسول[®] 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول / ايثوكو لشيكوزيد

عن طريق الفم 20 قرصا

48x22x108

Relaxol 500mg/2mg



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

اقرأ النشرة بانتباه قبل الإستعمال.
تناول الأقراص بكأس من الماء.
يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.



Lire attentivement la notice avant utilisation.
Avaler les comprimés avec un verre d'eau
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 25°C.

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000060833



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

INDICATIONS

Ce médicament est indiqué chez l'adulte en traitement local de courte durée :

- des affections rhumatismales (douleurs musculaires et distorsions, lumbago, tendinites)
- des maladies dégénératives telles que arthroses des membres périphériques et de la colonne vertébrale
- des douleurs d'origine traumatique (contusions, entorses et claquages).

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie locale, faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Bien se laver les mains après chaque utilisation.

PRECAUTIONS PARTICULIERES

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C
NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.

40X35X135
5



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

Anti-inflammatoire et Antalgique
Gel pour application locale

AGIFENE®



Ibuprofène 5%

AGIFENE® 50 g Gel



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Ibuprofène 5g

Excipients q.s.p 100 gr (hydroxyéthylcellulose, hydroxyde de sodium, alcool benzylique, alcool isopropylique, eau purifiée)

Liste des excipients qui ont un effet notoire : Alcool benzylique

LOT: 491
PER: SEP 2022
PPV: 38 DH 80



BP 4491 - 11850 Ain El Aouda - Maroc
Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable.

Litho Typo

صيدلية محمد



إيبوبروفين 5%

مسحوق للأغذية و
للإستعمال المنزلي

5% إيبوبروفين



Anti-inflammatoire
et Antalgique

AGIFENE®

Ibuprofène 5%

TICKET N° : 162 294

VENTE DU : 03/03/2020 à : 19:23

PHARMACIE IDEAL - RABAT

ICE: 002039737000015 ----- Vendeur: fatima

Nom du produit	P.P.V.	Qté.	TOTAL
RELAXOL CO 20U	53,10	1	53,10
QXYMAG 300 MG 20 U	82,00	1	82,00
AGIFENE PD GEL 5% 50G	38,80	1	38,80
DOLICOX 90MG 14 CO	169,00	1	169,00
Droit de Timbre : 0.90			Total Vente : 0.90
Dont TVA 7% : 17,07			
Dont TVA 20% : 13,67			
TOTAL TVA : 30,74			
REGLE : 342,90			
Demandez conseil à votre pharmacien			