

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0013437

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Lamia Chebicheb  
Date de naissance : 28/08/62  
Adresse : Lohssamerh n° 11 Rue 1 n° 96  
Tél : 0661693351 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/23  
Nom et prénom du malade : Chebicheb Lamia Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Rhumatismale  
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



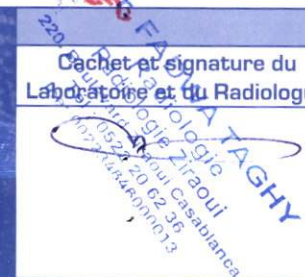
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le règlement des Actes                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23.01.23        |                   |                       | 3000                            |  |
| 25.01.23        |                   |                       | 2000                            |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 23.01.23 | 1642,40               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIQUES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date    | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|---------|------------------------------|------------------------|
|  | 21/2/23 | Rachis lombaire              | 3000dh                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

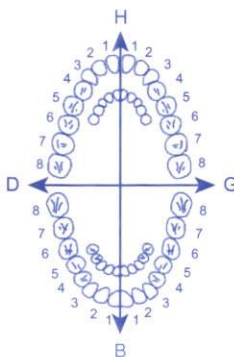
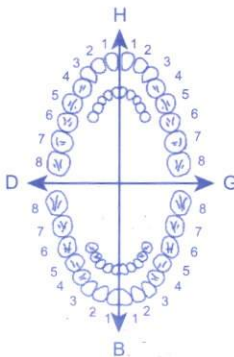
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |  |
|---|--|------------------|-------------|--|
|    |  |                  |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D<br/>             00000000<br/>             35533411           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             11433553<br/>             B           </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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



**Dr Fadwa TAGHY**  
Radiologue

IRM ( sur rdv)

Scanner Multibarrettes

Angio-scanner

Coloscopie virtuelle

Dentascanner

Radiologie Générale

Echographie

Echo Doppler

Radiologie Interventionnelle

Mammographie Numerique

Panoramique Dentaire Numerique

Casablanca, le 02/02/2023

**Facture N° 313/2023**

Nom patient : MME CHEBICHEB LAMIA

Examen(s) réalisé(s) :

RACHIS LOMBAIRE FACE ET PROFIL

Montant Total: 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cents Dirhams

Règlement : Espèce

Cabinet de Radiologie Ziraoui  
220 boulevard Ziraoui - Casablanca  
Tél/Fax : 0522.206.236  
Gsm : 06 45 15 54 15  
radiologieziraoui@gmail.com  
<http://www.radiologieziraoui.com>

I.F. : 34409333

I.C.E. : 002234646000013

**Dr. FADWA TAGHY**  
Radiologue  
Radiologie Ziraoui  
220, Boulevard Ziraoui Casablanca  
Tél : 0522 20 62 36  
Ice: 002234646000013



مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

25 01 23

Laminé détaché.

Rx

oculis

Maghreb F.P.

CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Dr. FADWA TAGHY  
Radiologie  
Radiologie Ziraoui  
220, Boulevard Ziraoui Casablanca  
Tél : 0522 20 62 36  
Ice: 00223464600013



# مصحة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 23/01/23

Cherdelain

283,000 x 3

1) PARANA x S.V.  
Shck

1 Shck/j x 3 mois

199.00

2) clonazepam x S.V.  
1 glf x 1 mois

28.80 x 3

3) clonazepam x S.V.  
1 cp x 3 mois

198.00 x 2

4) Nocéphal x S.V.  
1 cp x 2 mois

94.00

nsd flex x S.V.  
1 cp x 3/j x 05 j

CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cadi Iass - Maârif -  
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40  
CASABLANCA



Dr Fadwa TAGHY  
Radiologue

Casablanca, le 02/02/2023

Patient : MME CHEBICHEB LAMIA  
Prescripteur: DR ILHAM BERADI

**RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE**  
F/P

Absence d'anomalie de la statique rachidienne.  
Arthrose somatique à l'étage L5-S1 avec pincement discal et ostéophytose antérieure.  
Absence de tassement vertébral.  
Absence de recul du mur postérieur.  
Absence d'anomalies des parties molles.

**AU TOTAL :**

Arthrose lombaire à l'étage L5-S1 avec pincement discal.

*Avec mes sincères salutations*

Dr TAGHY.F

DR. TAGHY FADWA  
RADIOLOGUE  
220 boulevard Ziraoui  
Tél: 05 22 20 62 36  
Fax: 05 22 20 62 36  
Casablanca

Cabinet de Radiologie Ziraoui  
220 boulevard Ziraoui - Casablanca

Tél/Fax : 0522.206.236

Gsm : 06 45 15 54 15

radiologieziraoui@gmail.com

http://www.radiologieziraoui.com

I.F. : 34409333

I.C.E. : 002234646000013



**F**ORTÉ PHARMA  
LABORATOIRES

# CHONDROSAN

POUR VOTRE CONFORT ARTICULAIRE

Complément Alimentaire à Base de :  
**POUDRE DE BAMBOU  
CURCUMA  
VITAMINES ET MINÉRAUX**

Collagène de type II - Curcuma



**30 GÉLULES**

Poids net 17g  
Sans dioxyde de titane

Lot / A cons  
de préférence

CD063

1A



LOT

PER

K CD 0 Prix

199



3 700221 322994

**1  
GÉLULE  
PAR 24h**



# فيتانقريل<sup>®</sup> قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم



28/80

PPV

LOT

PER

## Composition:

Benfotiamine ..... 100 mg

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

Excipients à effet notoire :

lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

25x34x79  
4

351125



# فيتانقريل<sup>®</sup> قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم



08/80  
28/87

PPV

LOT

PER

## Composition:

Benfotiamine ..... 100 mg

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

Excipients à effet notoire :

lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

25x34x79  
4

351125



# فيتانقريل<sup>®</sup> قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم



28/80

PPV

LOT

PER

## Composition:

Benfotiamine ..... 100 mg

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

Excipients à effet notoire :

lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



25x34x79  
4

351125



# NOCICEPTOL

**CONTRE  
LES DOULEURS**

**Musculaires  
Articulaires  
Post-traumatiques**



**AVEC EMBOUT  
APPLICATEUR**

**GEL  
ANTI-DOULEUR**

**PLUS**

**RAPIDE  
EFFICACE**

**SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ\***

\*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT

PUC: 198.00DH



C182  
2025-01

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV.:2021/01/C



# NOCICEPTOL

**CONTRE  
LES DOULEURS**  
Musculaires  
Articulaires  
Post-traumatiques



**NOUVEAU**

**AVEC EMBOUT  
APPLICATEUR**

**GEL  
ANTI - DOULEUR**

**PLUS RAPIDE  
EFFICACE**


**SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ\***

\*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



**LOT**    **PVC: 198.00DH**

    **C163  
2024-09**

CNK 3259-850

REV. 2021/01/C

  
3 401020 354451 >



# CHONDROSAN

POUR VOTRE CONFORT ARTICULAIRE

Complément Alimentaire à Base de :  
**POUDRE DE BAMBOU  
CURCUMA  
VITAMINES ET MINÉRAUX**

Collagène de type II - Curcuma



**30 GÉLULES**

Poids net 17g  
Sans dioxyde de titane

Lot / A cons  
de préférence **CD063 0425** 1A  
LOT PER

K CD 0 Prix **199.00**



3 700221 322994



**LT**  
Litho Typo

# Harpa**MAX**<sup>®</sup> STICK

**Acide hyaluronique, Harpagophytum**

- Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.

LOT 103681/FC5  
04/2025 PPC 289,00

PHYTEO laboratoire  
Z.A.LE COMTE  
03340 BESSAY SUR ALLIER  
FRANCE  
pour



21, rue Al Oukhouane  
Beauséjour, Casablanca



N° AUTORISATION ONSSA

ES.5.84.15

رلم نرئيس م.ق.س.ه.م.غ

Complément alimentaire n'est pas un médicament



**LT**  
Litho Typo

# Harpa**MAX**<sup>®</sup> STICK

**Acide hyaluronique, Harpagophytum**

- Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.

LOT 103681/FC5  
04/2025 PPC 289,00

PHYTEO laboratoire  
Z.A.LE COMTE  
03340 BESSAY SUR ALLIER  
FRANCE  
pour



21, rue Al Oukhouane  
Beauséjour, Casablanca



N° AUTORISATION ONSSA

ES.5.84.15

رلم نرئيس م.ق.س.ه.م.غ

Complément alimentaire n'est pas un médicament



**LT**  
Litho Typo

# Harpa**MAX**<sup>®</sup> **STICK**

**Acide hyaluronique, Harpagophytum**

- Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.

LOT 103581/FC6  
04/2025 PPC 289,00

PHYTEO laboratoire  
Z.A.LE COMTE  
03340 BESSAY SUR ALLIER  
FRANCE  
pour



21, rue Al Oukhouane  
Beauséjour, Casablanca



N° AUTORISATION ONSSA

**ES.5.84.15**

رقم ترخيص م.د.س.ص.م.غ

Complément alimentaire n'est pas un médicament





6 118001 260850

MYDOFLEX® 150 mg  
Tolpérisone HCl  
30 Comprimés pelliculés

**MYDOFLEX®**  
Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4017  
MFG: 06 2022  
EXP.: 06 2025  
PPV: 940hs00

