

# 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 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

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'H  
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

M23-008118

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH EL ATMANI M<sup>me</sup> Wahel

Date de naissance : 28.08.1955

Adresse : Résidence IBRAHIM KATIRI Rue Souk el

Appt 14 5<sup>e</sup> étage Marrakech

Tél. : 0661 18 11 17 Total des frais engagés : 868,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.01.2024

Nom et prénom du malade : BENCHEIKH EL ATMANI Mohamed Wahel

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

Nature de la maladie : Affection des voies respiratoires

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 : CASABLANCA Le : 12/01/2024

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
08/01/24	(c.s.)		300.00	091241251

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALHARAF SARI Dr SAHIB Mohammed Amine 6, Rue Socrate Maarif - Casablanca Tél: 05 22 25 22 09	08/01/24	368,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
091241251	08/01/24	(2,1)	200.00

# 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 :

Veuillez 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															
				CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>D</td> <td>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE

D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

*Dr Zineb Berrada*

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية والنوم والشخير

الدكتورة زينب بركة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي  
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو  
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات  
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالتيربار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 08/01/2024

**MR BENCHEIKH ET ATMANI MOHAMED-WAHIB**

**Radiographie du thorax : Face**

**Syndrome bronchique**

**Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou  
séquellaire**

**Silhouette cardio-vasculaire est normale**

**Culs-de-sac pleuraux sont libres**

**Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.**

Dr. Zineb BERRADA  
Pneumophisiologie Sommeil  
22, Bd. Yacoub El Mansour  
Espace Yacoub El Mansour  
Tél : 05 22 98 12 19 / Casablanca

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com



CABINET DE PNEUMOLOGIE  
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

*Dr Zineb Berrada*

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية والنوم والشخير  
الدكتورة زينب برادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي  
وأعراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو  
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات  
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بيني سالتر بار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 08/01/2024

**MR BENCHEIKH ET ATMANI MOHAMED-WAHIB**

138,50 (139,50)  
• **Lovanic 500 mg - comprimé**

1 Comprimé, le matin après repas pendant 7 jours

(39,90)  
• **Exomuc - granulés en sachet**

1 sachet, matin, soir, pendant 7 jours

(189,50)  
• **Foracort 200**

2 bouffées matin et soir pendant 1 mois, se rincer la bouche  
après

Dr. Zineb BERRADA  
Pneumophtisiologie et Sommeil  
22 Bd. Yacoub El Mansour  
Hds. Espace El Mansour El Mansour  
Tél.: 05 22 98 12 19 - Casablanca

368,90  
PHARMACIE ACHARAF SARL  
Dr SAHIB Mohammed Amine  
96, Rue Socrate Maârif - Casablanca  
Tél: 05 77 25 22 09

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

**Lovanic® 500 mg**  
Lévoﬂoxacine

**10** Comprimés pelliculés sécables

**Lovanic®**  
Lévoﬂoxacine



**500 mg**

**10** Comprimés pelliculés sécables  
Voie orale



سوطينما  
sothema

Respecter les Doses Prescrites  
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)  
يصرى بموجب وصفة طبية - قائمة (أ) فقط  
NE LAISSER NI A LA VUE NI A LA PORTÉE DES ENFANTS  
يحفظ الدواء بعيدا عن متناول أو رؤية الأطفال



Titulaire d'AMM et Fabricant :  
Laboratoires **SOTHEMA**  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
L.TAZI, Pharmacien Responsable

**500 ملغ**

**10** أقراص مغلفة قابلة للإنكسار  
عن طريق الفم



**لوقانيك®**

ليفوفلوكساسين



6 118000 022398

**LOVANIC 500 mg**  
SOTHEMA  
10 comprimés pelliculés sécables

سوطينما  
sothema

139,13

**Exomuc®**

acétylcystéine 200 mg

30 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240341



# Exomuc®

## acétylcystéine 200 mg

Granulé  
sans sucre  
30 sachets



LOT 23011  
PER JUL 25  
PPV 390890

39,90

# **bouffée délivre :**

Formate de formotérol	6 µg
Dihydraté	200 µg
Budésonide	200 µg
Fluorocarbène	q.s

## **Effets à effet notable :**

Ne pas utiliser la notice pour plus d'informations.  
Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C et ne pas congeler.

Récipient sous pression à conserver à l'abri de la lumière et la chaleur.

Ne pas percer, casser ou brûler même quand il semble vide.

Tableau A (Liste I)

## **RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance

M.L. 28/2/2010

AMM n° 177/20DMP/21/NNPd

Fabriqué par : **CIPLA LTD.**

Plot 9 & 10, Indore SEZ

Pithampur, Dist. Dhar (M.P) 454775

Inde

**Cipla Maroc**

BP 4491-11850

Quartier Aïn Anouar



200

**foracort**

مؤشر الجرعة  
Mantenir, suivre le nombre de doses  
(bouteilles) restantes  
التي تبقى عند الاستخدام المنتظم



مؤشر الجرعة

120 جرعة مقننة

**فورموتيرول فومارات ثنائي الهيدرات و بوديزونيد 200/6 مكغ**

**فوراكورت**

جهاز للاستنشاق

200



**Cipla Maroc**



## **كل نفخة تعلم:**

فورموتيرول فومارات ثنائي الهيدرات... 6 مكغ  
بوديزونيد... 200 مكغ

تنبه! لا ينطبق

سواء ذات تأثير معروف: لا ينطبق

انظر النشرة للمزيد من المعلومات

## **تحذيرات:**

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

يخزن في درجة حرارة لا تتجاوز 30

درجة مئوية لا يجمد

وعاء مملوءة بخزن بعيدا عن الضوء والحرارة

لا يتعب، يكسر أو يحرق حتى عندما يبدو فارغا

جدول (1)

احترموا الجرعات الموصوفة

لا يملأ إلا بوصفة الطبيب

## **الجهة المصنعة**

Cipla Ltd.

بلاط 9 و 10، اندور المناطق الاقتصادية الخاصة

بيتمبور، نيمت، دهار (M.P) 454775

الهند

سيلا المغرب

ص ب 11850-4491

أف عزة، عين عودة

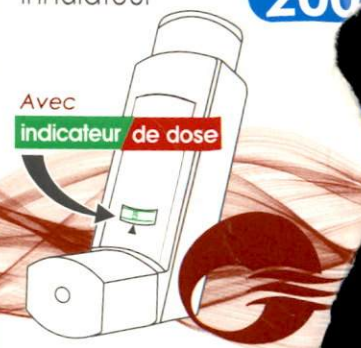
120 doses  
mesurées

Fumarate de formotérol  
dihydraté et Budésonide 6/200 µg

**foracort**

inhalateur

200



**Cipla Maroc**



GTIN 18901117248882  
LOT 1830452  
EXP 01/2025  
S/N 96367840864722

PPV : 189 DH 50