

**INFORMATIONS 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

aire :

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.

Le 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

Information	: contact@mupras.com
en charge	: pec@mupras.com
ision et changement de statut	: adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MUPRAS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1014 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAISSA Abdellkader

Date de naissance :

06/05/47

Adresse :

Tunis Avenue Hay El Kachid

Tél. : 06 68 74 46 52 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. A.F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs,
59 Bd. Zerkouni-Casa

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/01/2022

Nom et prénom du malade :

Benaiissa Fadoua

Age: 1958

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Paralysie

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 07/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20 JAN. 2022	co		300 DH	Dr. A.F. EL KHALIDY NEUROLOGUE Residence Les Fleur. 59.Bd. Zerkouni-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE KHALIDY Dr. A. Khalidy Résidence Anna Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca	20/01/22	1181.80 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
 au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
 59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
 05 22 27 91 37

Casablanca le

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي الجامعي
 ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

05 22 20 19 63 }
 05 22 27 91 37 }
 الهاتف

20 JAN. 2022

~~PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM~~
 4, Résidence Annaim - Oulfa - Casablanca
 tél: 05 22 83 43 09

~~126,80 x 5~~
 126,80
 PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
 4, Résidence Annaim - Oulfa - Casablanca
 tél: 05 22 83 43 09

~~35,70 x 2~~
 35,70

~~49,60 x 6~~
 49,60

~~94,18~~
 94,18

~~T: 1181,80 DH~~
 1181,80 DH

Jr. Benissa

No dep SV

Fabriquée

a Penic SV

Albuterol SV

Moxicil SV

New Relief SV

Jr. A.F. EL KHALIDY
 NEUROLOGUE
 Résidence Les Fleurs
 59. Bd. Zerkouni - Casablanca

7,5 mg

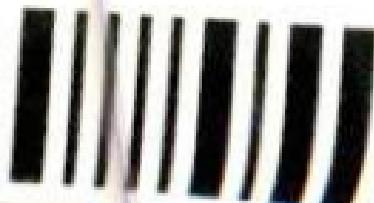
meloxicam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

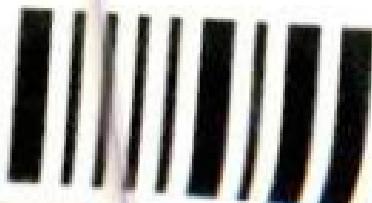
meloxicam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

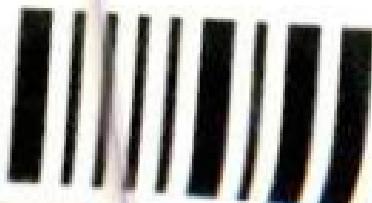
meloxicam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

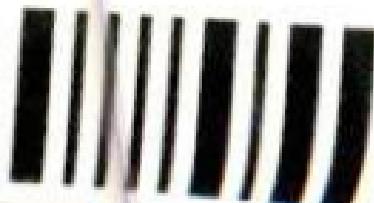
meloxicam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

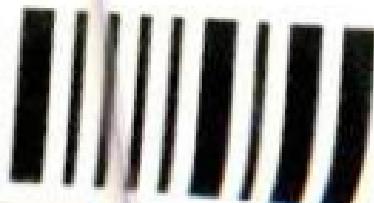
meloxicam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

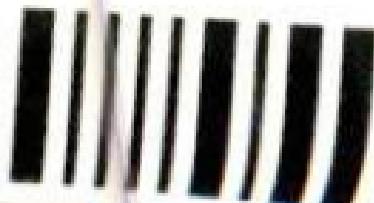
meloxicam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



NO-DEP® 50mg

Sertraline

**30 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 307
PER : NOV 2022
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**30 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 307
PER : NOV 2022
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**30 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 307
PER : NOV 2022
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**30 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 307
PER : NOV 2022
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**30 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 307
PER : NOV 2022
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc



REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

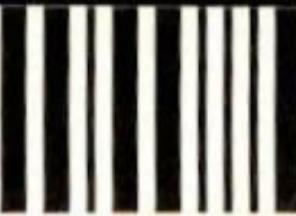
11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

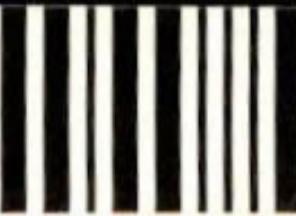
11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée
Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR 8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V



PARKINANE LP 2 mg, gélule à libération prolongée PARKINANE LP 5 mg, gélule à libération prolongée

Chlorhydrate de trihexyphénidyle

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations

Parkinane® LP 2 mg

NTIN: 03400931747178

SN: KDXXY08615

Lot: 348

EXP: 09/2021



i relire.

meilleur ou votre pharmacien.

it. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être
tiques aux vôtres.

arlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique
onné dans cette notice. Voir rubrique 4.

igée et dans quels cas est-il utilisé?

ndre PARKINANE LP, gélule à libération prolongée?

prolongée?

LONGÉE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ?

ergique - code ATC : N04AA01.

rkinson et pour les syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques.

COMMENT PRENDRE PARKINANE LP, gélule à libération prolongée?

ngée:

is composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
sion à l'intérieur de l'œil),
r urinaire d'origine prostatique ou autre),
par le traitement,
certains sucrés, contactez-le avant de prendre ce médicament.

ndre PARKINANE LP, gélule à libération prolongée.

soniens présentant une détérioration intellectuelle,

it être diminuées ou le traitement arrêté provisoirement.

ients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption-maltase (maladies héréditaires rares).

Parkinane® LP 2 mg

NTIN: 03400931747178

SN: 96ECBHR4B2R

Lot: 348

EXP: 09/2021



A

AFh

antidi

ration prolongée

DE PLUSIEUX MÉDICAMENTS, notamment les médicaments atropiniques (certains

des, médicaments antiparkinsoniens ou neuroleptiques), informez votre médecin ou

pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre un médicament.

Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin, lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre le traitement.

Allaitement

En l'absence d'étude chez la femme allaitante, l'allaitement est déconseillé en cas de traitement par ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

L'attention des conducteurs de véhicules et des utilisateurs de machines est attirée sur la possibilité de troubles de la vision, lors de l'utilisation de ce médicament. Dans ce cas, vous ne devez pas conduire de véhicules ou d'engins mécaniques.

PARKINANE LP, gélule à libération prolongée contient du saccharose

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

3. COMMENT PRENDRE PARKINANE LP, gélule à libération prolongée?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie

La posologie est variable et doit être adaptée à l'intensité des troubles ainsi qu'à la susceptibilité individuelle de chaque patient.

Mode d'administration

Voie orale.

Avaler les gélules avec un verre d'eau.

Fréquence d'administration

La dose quotidienne peut être administrée en une seule prise.

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland
EU Office: Kreillerstr. 65, 81672 Muenchen / Germany

01/25
LOT 132
MFD 02/21

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 DH

2121881
092024
35.70
3935.70

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
 { 05 22 27 91 37

Casablanca, le :
..... 20 JAN. 2022

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي
ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»
59 . شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

05 22 20 19 63 } الهاتف
05 22 27 91 37 }

7. Scansie

Faster

Douleur 125
11 x 5 11

Reflux L8 6 + 8
207 →

Parkinson L8 27

the de 3 —— ay

Dr. A.F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Residence Les Fleur.
59.Bd. Zerkouni-Casa

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

253961

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 05122021

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)
 nom et prénom BENAISSE Fadma
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation

date de naissance 1 1 0 7 1 9 5 8 1

ASSURE(E) (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)
 nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)**ADRESSE de l'ASSURE(E)**

71 AVENUE DE LA TOURELLE 91270 VIGNEUX SUR SEINE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

LOUATTI _

PHARMACIE DE LA LIBERTE
60 Avenue Henri Barbusse
91270 VIGNEUX SUR SEINE
912015120**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom HOP HENRI MONDOR CRETEIL

raison sociale HU HENRI MONDOR

identifiant 10001230159

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET) 940100027**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale 05122021

date de l'accord préalable (*le cas échéant*)XX MALADIE (*si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante*)SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

AT/MP**numéro****ou****date****PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES****tarification détaillée**

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin loc
PH7	3400931747178		2	1,79	3,58	PARKINANE RET 2MG GELU					
HD7			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930066560		5	5,19	25,95	MODOPAR 125MG FL GELUL					
HD7			5	1,02	5,10	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400937922371		6	23,52	141,12	REQUIP LP 8MG CPR 28					
HD7			6	1,02	6,12	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400937922142		3	12,00	36,00	REQUIP LP 4MG CPR 28					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

Imprimer les codes à barres

Coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

2 2 3 , 4 8

MONTANT TOTAL

PHARMACIE DE LA LIBERTÉ

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire
60 Av Henri Barbusse

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

Tel. 01 69.03.00.59

Fax : 01.69.03.83.15

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude, d'abus de pouvoir, de malversations financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le code de la sécurité sociale et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.