

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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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
- Adhésion 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 070468

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1014 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA Abdelkader

Date de naissance : 06/05/47

Adresse : Im 3 Art 19 A Hay My Rachid

Tél. : 06 68 74 40 52 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleur,
59. Bd. Zerktouni - Casa

Date de consultation : 20 / 01 / 2022

Nom et prénom du malade : Benaiiss Fadun 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 : Casa

Le : 07/03/22

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
20 JAN. 2022	ca		300 DH	Dr. A.F. EL KHALIDY NEUROLOGUE Résidence Les Fleurs 59, Bd. Zerkouni-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

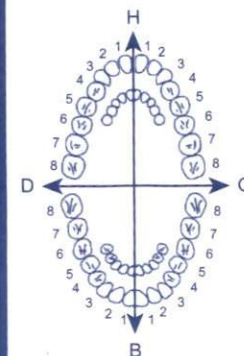
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

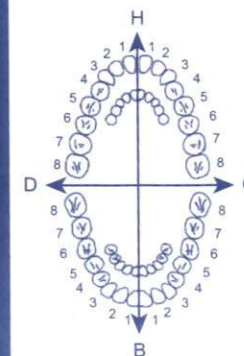
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

"Résidence les Fleurs"
59. Bd. Zerktouni - 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 سابقا بالمركز الصحي الجامعي

إبن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59. شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

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

20 JAN. 2022

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Siham GUERRAON
Docteur en Pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oulfa
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

126,80 x 5

126,80 x 6

35,70 x 2

49,60 x 6

94,80

T: 1181,80 DH

Dr. Benaisa

No Dep (SV)

franchise

Cipentia (SV)

Alproy (SV)

Mobic 715 (SV)

New (SV)

Dr. A. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59. Bd. Zerktouni - Casa

7,5 mg

mexiloxam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

mexilcam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

mexiloxam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

mexiloxam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

mexiloxam

Mobic®

PPV: 42DH60

PER: 09/23

LOT: J2416



7,5 mg

mexiloxam

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

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

PC 03400937922371

SN 53GSDGK75V





REQUIP LP 8 mg

Comprimé à libération prolongée

Ropinirole

28 comprimés à
libération prolongée.

8 mg

EXP/Lot

11.2022

BR8H

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 2mg

NTIN:03400931747178

SN:KDXOY08615

Lot:348

EXP:09/2021



relire.
votre médecin ou votre pharmacien.
Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être
nuisible.
Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique
également dans cette notice. Voir rubrique 4.

gélule et dans quels cas est-il utilisé?
Prendre PARKINANE LP, gélule à libération prolongée?
Libération prolongée?

prolongée?

Libération prolongée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ?

Libération prolongée - code ATC : N04AA01.
Parkinson et pour les syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques.

AVANT DE PRENDRE PARKINANE LP, gélule à libération prolongée?

Libération prolongée:
Les composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
sont :
- la libération à l'intérieur de l'œil,
- la libération d'origine prostatique ou autre),
- par le traitement,
- certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Prendre PARKINANE LP, gélule à libération prolongée.
Parkinsoniens présentant une détérioration intellectuelle.
Il peut être diminué ou le traitement arrêté provisoirement.
Patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption-
maltase (maladies héréditaires rares).

Parkinane® LP 2mg

NTIN:03400931747178

SN:96ECBHR4B2R

Lot:348

EXP:09/2021



Libération prolongée
Avec PLUSIEURS MÉDICAMENTS, notamment les médicaments atropiniques (certains
anticholinergiques, 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 sucres, 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, 81673 Muenchen / Germany



01/25



132

MFD

02/21

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 DH

LOT 210598 1
EXP 03.10.24
PPV 05.10

LOT 212188 1
EXP 09.20.24
PPV 35.70

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

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

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59. شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

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

Casablanca, le : 20 JAN. 2022

A. Benouissa

Fachoua

Naospar 125

11 x 5 11

Reguip 48 4 + 8

207

Parbunan 48 27

15

the au 3

Dr. A. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59. Bd. Zerktouni-Casa

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. 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

numéro de facture (facultatif)

253961

date JJ MM 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

BENAISSA 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

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

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

71 AVENUE DE LA TOURELLE 91270 VIGNEUX SUR SEINE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

LOUATI _

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 PRESCRIPTEUR 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

940100027

(AM, FINESS ou SIRET)

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

JJ MM AA A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

JJ MM AA A A A A

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					

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

2 2 3 , 4 8

PHARMACIE DE LA LIBERTE

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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

91270 VIGNEUX SUR SEINE

Tel : 01.69.03.00.59

Fax : 01.69.03.83.15

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer