

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058429

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société : 126104  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENCHIKH WAHIB  
 Date de naissance : 26-08-1955  
 Adresse : Résidence B. N. K. Rue Souk Maarif.  
 Tél. : 0661-18-1227 Total des frais engagés : 1265,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 01/08/2022  
 Nom et prénom du malade : Mohamed-Wahib bencheikh el Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Anxiété + HTA  
 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 : 16/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles


- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/07/2022      | C                 | —                     | 300<br>DHS                      |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 15/08/2022 | 965,40                |

# 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 |                         |
|---------------------------|----------------|---|-------------|-------------------------|
|                           |                |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |                |   |             |                         |
|                           |                |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |                |   |             |                         |
|                           |                |   |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                           |                |   |             |                         |
|                           |                |   |             | FIN D'EXECUTION         |
|                           |                |   |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES |                | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552<br/> 00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000<br/> 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |                | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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



ORDONNANCE

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

01/08/2022

Benchekh El Atmani  
Mohamed - Walid

(12x90 x2) 249,80  
① Indinavir 500mg  
1-0-0

(89,20) x 4 356,80  
⑤ Amilor 5mg  
1-0-0

36,70  
② Anadol 600mg  
0-0-1/4

87,70  
⑥ Neslet 5mg  
1/2-0-0

140,00  
③ cedex 20mg  
1-0-0

273,00  
④ Newax 75mg  
0-0-1

965,40  
Dr. Salima BEN MOUAMA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Addictologue  
223, Bd. Brahim Roudani N° 13  
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca  
Tél.: 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 53  
att de 2 mois.



# NEBILET®

nebivolol 5 mg

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V136132/01

# NEBILET®

nebivolol 5 mg

AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ

NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

Composition, indications et posologie:

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire: lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

11501C  
03.2021  
03.2024

Lot n°.  
Du.  
Pér.



V127589/01  
2311



28 comprimés quadrisécables  
Menarini International  
Operations Luxembourg S.A.  
Voie orale



مخبر الليفولول 5

NEBILET®  
nebivolol 5 mg



124,90

**Inidep® 50 mg**  
Chlorhydrate de sertraline  
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

**إينديب®**  
كلوروهيدرات السيرترالين  
عن طريق الفم

**50**  
مغ

**30**  
قرصا

Composition : Sertraline (DCI)..... 50 mg.  
Sous forme de chlorhydrate de sertraline ... 55,95 mg.  
Excipients : q.s.p.  
Pour plus d'informations : consultez la notice interne.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Aucune condition particulière de conservation.  
A conserver dans son emballage d'origine.  
AMM N°425/17 DMP/21/INP

التركيب: سيرترالين  
على شكل كلوروهيدرات السيرترالين ... 55,95 مغ  
المكونات: كمية قليلة  
المزيد من المعلومات: انظر النسخة الداخلية.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومرور الأطفال.  
يحتفظ في العبوة الأصلية.

103444 19

**Inidep®**  
Chlorhydrate de sertraline

Voie Orale



**Inidep® 50 mg**  
Chlorhydrate de sertraline

**50**  
mg

**30**  
Comprimés  
pelliculés



**Zenith pharma**  
Fabrique et distribué par Zenithpharma  
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc  
Dr M EL BOUMADI, Pharmacien Responsable





124,90

**Inidep® 50 mg**  
Chlorhydrate de sertraline  
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

**إينديب®**  
كلوروهيدرات السيرترالين  
عن طريق الفم

**50**  
مغ

**30**  
قرصا

Composition : Sertraline (DCI)..... 50 mg.  
Sous forme de chlorhydrate de sertraline ... 55,95 mg.  
Excipients : q.s.p.  
Pour plus d'informations : consultez la notice interne.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Aucune condition particulière de conservation.  
A conserver dans son emballage d'origine.  
AMM N°425/17 DMP/21/INP

التركيب: سيرترالين  
على شكل كلوروهيدرات السيرترالين ... 55,95 مغ  
المكونات: كمية قليلة  
المزيد من المعلومات: انظر النسخة الداخلية.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومرور الأطفال.  
يحتفظ في العبوة الأصلية.

103444 19

**Inidep®**  
Chlorhydrate de sertraline

Voie Orale



**Inidep® 50 mg**  
Chlorhydrate de sertraline

**50**  
mg

**30**  
Comprimés  
pelliculés



**Zenith pharma**  
Fabrique et distribué par Zenithpharma  
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc  
Dr M EL BOUMADI, Pharmacien Responsable



INDICATIONS ET POSOLOGIE:  
selon prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI:  
se reporter à la notice.  
VOIE ORALE.

• Marque de Pfizer Inc.



**Amlor**<sup>®</sup>  
amlodipine

**5 mg**

**28 COMPRIMÉS**

**FORMULE**

Amlodipine sous forme de bésylate ..... cinq milligrammes.  
Excipient ..... q.s.p 1 comprimé.

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC

avec l'autorisation de Pfizer Inc, NEW YORK, U.S.A.  
Laboratoires Pfizer, Route de Oualidia -EL JADIDA MAROC  
N ADSP-42/DMP/21/NCV



**Amlor**<sup>®</sup> **5 mg**    
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531



**5 mg**

**28** قرصا



UT.AV : 31 2025

LOT N  : FT 4 0 1 3

**P.P.V.**

8 9 2 0

09366067/7



**CONDITIONS D'EMPLOI:**

VOIE ORALE.

© Marque de Pfizer Inc.



**Amlor**<sup>®</sup>  
amlodipine

**5 mg**

28 COMPRIMÉS

## FORMULE

Amlodipine sous forme de bésylate ..... cinq milligrammes.  
Excipient ..... q.s.p 1 comprimé.

Excipient ..... q.s.p 1 comprimé.

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC

avec l'autorisation de Pfizer Inc, NEW YORK, U.S.A.

Laboratoires Pfizer, Route de Qualidia - EL JADIDA MAROC

N°ADSP:42/DMP/21/NCV



**Amlor<sup>®</sup> 5 mg** ○  
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**၆၁၄**

28 قری

10768777

UT.AV : 21 2625

**P.P.V.**

LOT N°: FT 4013

89 20

09366067/7



تحتوي كل كبسولة على: برغابالين 75 ملجم،  
السواغ ذو التأثير المسكن واحد،  
السواغ ذو التأثير القوي: مانيتول.  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30°م،  
يعرف بوضعية طبية.  
المزيد من المعلومات: انظر النشرة المرفقة.  
يحفظ بعيدا عن متناول وصرى الأطفال.  
جدول أرقامه (1).

إنتاج:  
شركة توبك للصناعات الدوائية،  
طريق المدينة، ص.ب. 3533، توبك - المملكة العربية السعودية.

Zentipharma  
موزع من طرف:  
زينيت فارما 96، المنطقة الصناعية، تاسيلا إيزكان أكادير - المغرب.  
د محمد الوجداني، الممثل المأول



**Nervax®**

Prégabaline  
60 Gélules  
Voie Orale



**75mg**

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP  
N° Lot : PK130  
Fab : 08/2021  
Per : 08/2023  
PPV : 27300 Dhs

Chaque gélule contient:  
Prégabaline 75 mg  
Excipients asp  
Excipient à effet notoire: Mannitol  
**A conserver à une température  
inférieure à 30°C.**  
A utiliser sur prescription médicale  
Pour plus d'information  
Consulter la notice intérieure.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Tableau A (Liste II).

Fabrique par:  
Tabuk Pharmaceutical Manufacturing Co.  
Madina Road, PO Box 3633, Tabuk-Alabre Saoudite

Zentipharma

Distribué par:  
Zentipharma 96, Zone Industrielle Tassila Inezgane Agadir Maroc.  
Dr Mohamed EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

**نيرفاكس®**

برغابالين  
60 كبسولة  
عن طريق الفم



**75 ملجم**

Fabriqué par : Cooper Pharma  
41, Rue Mohamed Drouri, 20110 Casablanca

Laboratoire autorisé au Maroc:

Laboratoires SPIMACO MAROC DES  
INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES  
Km4, Ancienne Route de l'Aviation - Tanger  
Mr N.El Hadar - Pharmacien Responsable



المختبر المرخص بالمغرب:  
مختبرات سبيماكو المغرب  
كل 4 الكمارك القديمة للطار  
تجيب الهادر الصيدلي المسؤول

سبيماكو المغرب  
SPIMACO MAROC

# ANXIOL®

## Bromazepam 6 mg

30 Comprimés  
quadriscabables

Voie orale



سبيماكو المغرب  
SPIMACO MAROC

### Composition:

Bromazepam ..... 6 mg

Excipients q.s.p. (dont Lactose monohydrate)

فردية قبل الكسر على أربعة

Voit la notice pour plus d'informations

Mode et Voie d'administration:

Lire la notice avant utilisation

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

Durée de prescription limitée à 12 semaines

التعليق:

مردم زيام

1 comprimé quadriscabable

المسحوق (مادة الكسر الحادى للشار)

المسحوق للتسريع من المسحوق

كيفية وطريقة الاستخدام:

اقرأ النشرة قبل الاستخدام

يعد الدواء عن طريق زيام لا للأطفال

مدة الوصفة لا تتعدى 12 اسبوعا



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans le avis

d'un professionnel de la santé

Tableau A liste (I)

Respecter la dose prescrite

المسحوق الكسر على أربعة

Uniquement sur ordonnance médicale

AMM Numéro 31318 DMP21/NTT

# أنكسيول

برومازيبام  
6 مع

30 قرصا قابلا  
للکسر على أربع

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadriscabables



6 118000 081111



سبيماكو المغرب  
SPIMACO MAROC

عن طريق الفم

36, 70

20 ملغ  
عن طريق الفم



أوديبس<sup>®</sup>  
أوميبرازول

OEDES 20mg ○

56 gélules

56 x

حببات صامدة للعصارة المعدية في برشامات



6 118000 082026

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| مساء                     | زوال                     | صباح                     | مدة                      | 7/24                     |

 **COOPER**  
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 211318  
PER : 04-2024  
PPV : 140,00DH