

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0033689

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHETIKH WAHIB

Date de naissance : 26-08-1955

Adresse : Résidence Ibnou Kelm Rue sociale

Tél : 0661 18 1121

Total des frais engagés : 639,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/06/2023

Nom et prénom du malade : BENCHETIKH ELATMANI MOHAMED Age: 68

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur

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 : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

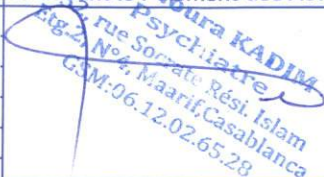
- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Paiement des Actes
26.06.2023	Q	1	400 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/23	239,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

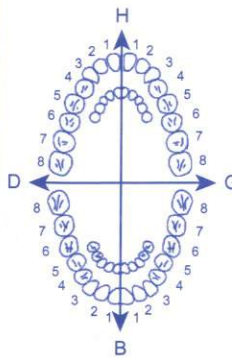
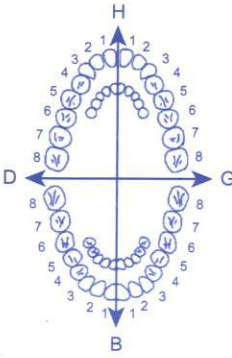
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Noura KADIM

Psychiatrie adulte

Addictologie

Psychogériatrie

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles

- Ancien médecin au CHU Ibn Roehd



د. نورة قديم

الطب النفسي العصبي

علاج الإدمان

الطب النفسي للمسنين

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بريكمان بيروكسيل

- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 26/06/2023

M<sup>r</sup> BENCHEIKH ELATMANI Mohamed  
Watib

124,90

1) Imipramine 25 - 50 - 50

35,70 01 - 00 - 00

2) Alprazolam 0,25 (III de 3 semaines)  
00 - 00 - 1/2 puis 15 - 15 - 15

puis 00 - 00 - 1/4 puis 15 - 15 - 15

79,00 puis 00 - 00 - 1/4 (1j-12) puis 15 - 15 - 15

3) D. Stress 00 - 00 - 02.

Dr. Noura KADIM  
Psychiatre  
52, rue Socrate Rési. Islam  
Étg. 2, N°4, Maarif, Casablanca  
GSM: 06.12.02.65.28

Dr. Noura KADIM  
Psychiatre  
52, rue Socrate Rési. Islam  
Étg. 2, N°4, Maarif, Casablanca  
GSM: 06.12.02.65.28

239,60

52, زقة سقراط إقامة إسلام الطابق 2 رقم 4 (أمام وكالة الضمان الإجتماعي) المعاريف - الدار البيضاء

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2<sup>ème</sup> étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maarif - Casablanca

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

Composition : Sertraline (DC) ..... 50 mg.  
 Sous forme de chlorhydrate de sertraline ..... 55,95 mg.  
 Excipients : q.s.  
 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°475/17 DMP/21/NNP

التركيب : سيترازين ..... 50 مغ  
 على شكل كلوروهيدرات السيترازين ..... 55,95 مغ  
 المواد : كمية كافية ليعطي واحد.  
 للمزيد من المعلومات : انظر النشرة المرفقة  
 يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.  
 بدون شروط خاصة للحفظ  
 يحفظ في العبوة الأصلية.

# Inidep®

Chlorhydrate de sertraline

Voie Orale



Inidep® 50 mg  
 Chlorhydrate de sertraline

50 mg

30  
 Comprimés  
 pelliculés



zenithpharma

Fabrique et distribué par Zenithpharma  
 96, Zone Industrielle Hassia, Incergane, Agadir - Maroc  
 Dr M. EL BOUMADJ, Pharmacien Responsable



Tableau A (Ligne 1)

Inidep® 50 mg  
 Chlorhydrate de sertraline  
 30 Comprimés pelliculés



ابتديب®

كلوروهيدرات السيترازين

عن طريق الفم

50 مغ

30  
 قرصا  
 مغلفا

124,90



Mode d'emploi :

2 comprimés par jour à répartir aux repas et à moduler selon vos besoins.

Ingrédients :

Cellulose microcristalline, glycérophosphate de magnésium, L-Arginine HCL, taurine, hydroxypropylméthylcellulose, vitamine PP, carbonate de calcium, stéarate de magnésium, dioxyde de silicium, vitamines : B1, B5, B6, B2, B8, B9, colorant : complexe de chlorophylle.

\* Apports Journaliers Recommandés

Composition	Pour 2 comprimés	% des AJR* pour 2 cps
Glycérophosphate de magnésium	520 mg	
Magnésium	65 mg	21%
L-arginine HCl	65 mg	
Taurine	70 mg	
Vitamine PP	10 mg	55%
Vitamine B1	2 mg	142%
Vitamine B5	2 mg	33%
Vitamine B6	2 mg	100%
Vitamine B2	1 mg	62%
Vitamine B8	0.2 mg	133%
Vitamine B9	0.2 mg	100%

Magnésium et les vitamines B2, B3, B5, B6, contribuent au métabolisme énergétique et à la fatigue. L'acide pantothénique (Vitamine B5) contribue à retrouver des performances intellectuelles normales. (Résistance au Stress)

- Voie orale
- Tenir hors de portée des enfants
- Respecter la dose recommandée
- Ce produit ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain

Poids net : 14 g

Autorisation du ministère de la santé N° DA20180601727DMP/20UCA/MAV3

Lot :

DLC :

P.P.C : 79,00 DH

DS10/22  
10/2025



D-Stress®

HYPHADIEL, 9 Rue Rahal Mekim, FZ/VN,  
Tel : +212 535651998 - www.hypadiel.com

Laboratoire SYNERGIA, 43500 Beaune sur Azon  
Tel: 00 33 (0)4 77 42 30 10 - www.synergia.eu

**synergia**  
laboratoire de médecine nutritionnelle

**20**  
Comprimés

**D-Stress®**

Contient du magnésium, de la taurine,  
de l'arginine et des vitamines B.

**GÉREZ LE STRESS<sup>1</sup>**  
**RÉDUIRE**  
**LA FATIGUE<sup>2</sup>**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants  
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومصرى للأطفال

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
احفظ الجرعات الموصوفة بدقة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يصرف بموجب وصفة طبية - الإلصاق أ (التيه)  
Durée de prescription limitée à 12 semaines  
وسيلة طبية محدودة إلى 12 أسبوعا

115x70x22



Fabriqué par  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence des Laboratoires

SMB

**Alprazolam 0,5 mg**  
28 comprimés sécables



**0,5 ملغ**

28 قرصا قابلا للإنكسار  
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	المدة	صباح	مساء	ليل	4/2
	يعد	☉	☉	☉	

سوتهما  
Sothema

**COMPOSITION :**

Alprazolam 0,5 mg  
Excipientes : q.s.p. 1 comprimé  
EXPIRIENT A EFFET NOTOIRE : la composition  
POSOLGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES  
EN GARDE SPECIALES :  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

**CONDITIONS DE CONSERVATION :**

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

التريكية:  
البرازولام  
مواد الحافظة:  
كمية كافية للبريد واحد  
مواظا ذو تاج معروف لا كوكور  
تريكية، طريقة الإستعمال والتضاريف الخاصة:  
إلى الأسترة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.  
عن طريق الفم.  
شروط الحفظ:  
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.

02/16

28 comprimés sécables

28 قرصا قابلا للإنكسار

**Alprazolam 0,5 mg**  
الشرازان 0,5 ملغ

البرازولام  
الشرازان

**Alprazolam**  
Alprazolam

**0,5 mg**

28 Comprimés sécables  
Voie orale



1 semaine

4/2

1 semaine

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

LOT 223843 1  
EXP 11 2025  
PPV 35.70

E13510B00