

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-711422

168345

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAHMANI FATIMA ep ZAHIR  
 Date de naissance : 01/01/1950  
 Adresse : 16 Rue Ahmed Elmagzidi lot Emeraude  
 champs de course FES  
 Tél. : 060946970 Total des frais engagés : 973,00 = Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. SAAD BENNOUNA CARDIOLOGUE**  
 15, Av. Lalla Meriem-FES  
 Tél. : 05.35.65.33.92-GSM:06.61.14.85.35  
 Date de consultation : 20 JUN 2023  
 Nom et prénom du malade : Zahia Fatima  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA et insuffisance  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 JUN 2023	C2, E, C6	3, 2, 2, 2, 2	INPE 141027490	<p>DR. SAAD BENNOUNA</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>15, AV. LAÏLA MATHEN-FES</p> <p>Tél: 05.35.65.33.92-65.61.14.85.35</p>

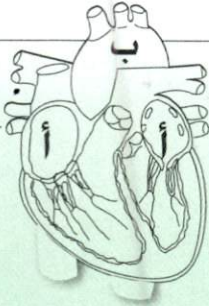
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MOULAY IDRIS</p> <p>Lot. R. 15, Champs de Course - 563</p> <p>Tél: 05.35.65.10.50</p>	20/6/23	#673, 250

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>												
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												





# الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر  
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس  
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)  
Explorations Cardiovasculaires.

20/06/2023

Mme ZAHIR FATIHA

PHARMACIE MOULAY IDRIS  
Dr SEBTI IKRAM  
Lot. KENZA Champs de Course - FES  
☎ 05 35 65 10 50

régime peu salé

BIPRETERAX 5/1.25

1 cp le matin (3 mois)

DAFLON 1000

1 cp le midi à diluer dans 1/2 verre d'eau (3 mois)

ALDACTONE 50 MG

1/2 cp le midi après repas 1j/2 (3 mois)

KETUM GEL

1 appl matin et soir (1 tube)

DOLIFEN 600 MG

1 cp le matin (1 bte)

NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

A REVOIR DANS 3 MOIS

333,30

201,00

56,8

52,8

29,10

673,00



إقامة مسجد الإمام مالك، 15 شارع للامريم، الطابق الأول - فاس Rés. de la Mosquée Imam Malik 1<sup>er</sup> étage - 15, Av. Lalla Mariam - FES

☎ العيادة : 05.35.65.33.92

• ☎ Fax : 05.35.65.35.66



LOT : 0011  
PER : AVR 2026  
PPV : 52 DH 80

**KETUM** 2,5% gel  
Kétoprofène  
TUBE de 60 g



Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

دواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية وطريقة الإستعمال: الطريق الموضعي. يدخن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كليا. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

Protéger les zones traitées par le port d'un vêtement pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt. Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسبوعين المواليين لتوقيفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس حتى ولو كانت السحب تحجبها) و لا للأشعة فوق البنفسجية.

Sous licence de :  
A. Menarini Industrie Farmaceutiche  
Riunite S.r.l. located in Via Sette Santi 3,  
50131, Italy.

Fabriqué et distribué par :  
PHARMA-CEUTICAL INSTITUTE  
BP 4491, 12100, Ain El Aouda-Maroc  
Maria SEDRATI Pharmacien Responsable h.i.

يُصنع ويُوزع من طرف :  
مهد الصيدلة  
ص.ب. 4491 - 12100  
العين اودا - المغرب  
السيد السدراتي : مربية الصيدلاني

**KETUM** 2,5% gel  
Kétoprofène  
TUBE de 60 g



NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
لا يتبلع  
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste II



KETUM 2,5% gel  
Tube de 60 g



**كيتوم** 2,5% مرهم  
كيتوبروفين  
أنبوب 60 غ

التركيبة:  
• كيتوبروفين ..... 2,5 غ  
• المسوغات ك.ك.ل ..... 100 غ  
مسوغ ذا تأثير ملحوظ: الكحول

COMPOSITION :  
• Kétoprofène ..... 2,5 g  
• Excipients q.s.p ..... 100 g  
Excipient à effet notoire : Alcool





احترموه المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (لائحة A) : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

**Bipreterax**®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

بيبريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة  
برانندوبريل أرجينين / أنداباميد

**Bipreterax**®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وبعيدا  
عن نظره.  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.  
تحتوي حبة واحدة ملبسة على 3.395 ملغ  
من براندوبريل (بشكل براندوبريل أرجينين:  
5 ملغ) و 1.25 ملغ من الأنداباميد.  
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء:  
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5

 SERVIER

118010



احترموه المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (لائحة A) : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

**Bipreterax**®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

بيبريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة  
برانندوبريل أرجينين / أنداباميد

**Bipreterax**®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وبعيدا  
عن نظره.  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.  
تحتوي حبة واحدة ملبسة على 3.395 ملغ  
من براندوبريل (بشكل براندوبريل أرجينين:  
5 ملغ) و 1.25 ملغ من الأنداباميد.  
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء:  
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5

 SERVIER

118010



احترموه المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة I (لائحة A) : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

**Bipreterax**®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

بيبريتيراكس®

أرجينين 5 ملغ/1,25 ملغ

حبات ملبسة  
برانندوبريل أرجينين / أنداباميد

**Bipreterax**®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وبعيدا  
عن نظره.  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.  
تحتوي حبة واحدة ملبسة على 3.395 ملغ  
من براندوبريل (بشكل براندوبريل أرجينين:  
5 ملغ) و 1.25 ملغ من الأنداباميد.  
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء:  
راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

30 comprimés pelliculés  
30 حبة ملبسة

5

 SERVIER

118010



# دوليفين®

إيبيروفان

600 ملغ

الأوجاع و الحمى



**Dolifen®** 600 mg  
Ibuprofène

30 Comprimés pelliculés



6 118000 042181

30 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

بوتني ش.م

82, مر الكازياريناس - عين الصبع - الدار البيضاء

س. البشوتلي - صيدلي مسؤول

b

Titulaire de  
l'Autorisation  
de mise sur le  
marché au Maroc:  
Laboratoires  
Pfizer S.A.  
km 0.500 , Route de  
Oualidia  
BP 35, 24 000  
El Jadida, Maroc

Fabriqué par :  
PIRAMAL HEALTHCARE  
UK LIMITED  
WHALTON ROAD - MORPETH  
NORTHUMBERLAND  
NE61 3YA  
ROYAUME UNI  
ou  
**DELPHARM EVREUX**  
5 RUE DU GUESCLIN  
27000 EVREUX  
FRANCE

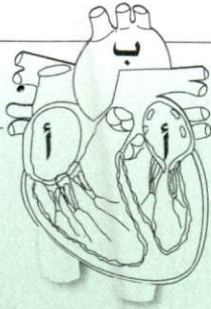
**ALDACTONE** 50<sup>mg</sup> ○

P.P.V: 56,80 DH



LOT: B29036  
EXP: 01.2024





# الدكتور سعد بنونة

## Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب بروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبلر  
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق سابقاً بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس  
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)  
Explorations Cardiovasculaires.

20/06/2023

MME ZAHIR FATIHA

NOTE D'HONORAIRES

C2 + ECG

:

300.00 DH

Acquitée la présente facture à la somme de :  
TROIS CENT DIRHAMS

Dr. SAAD BENNOUNA  
CARDIOLOGUE  
15, Av. Lalla Mariam - FES  
Tél: 05.35.65.33.92 - 06.61.14.85.35