

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.

Biologie 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.

Prothèse 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 chronique 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 0056750

84240

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZOUANI Abderrahmane

Date de naissance : 10/36

Adresse : Rue Esala Rue 29 N 10 EL

OUFA CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : 573,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/9/2021

Nom et prénom du malade : Mazouani Abderrahmane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - RSC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

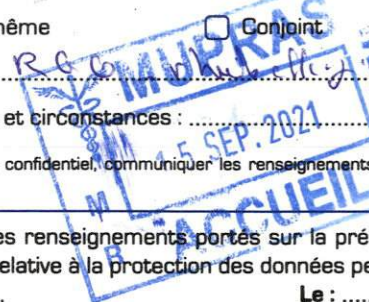
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
8-3 321		C	189	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/09/21

423,00

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

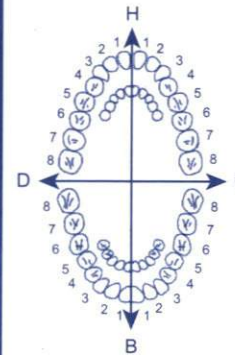
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

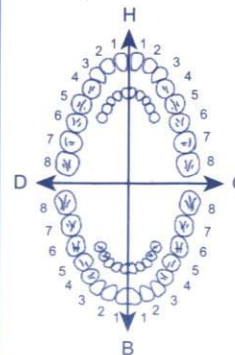
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 L'EXECUTION

Dr. Abdelali BENKARIM

Médecine générale

Ex-Médecin Attaché à l'Hôpital

Mohamed V

- Diplôme universitaire de l'échographie
- Diplôme universitaire de diabétologie
- ECG
- Diplôme universitaire diététique - Nutrition

الدكتور عبد العالي بنكریم

الطب العام

طبيب سابق بمستشفى

محمد الخامس

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- التخطيط القلبي
- شهادة في التغذية - نظام الحمية

Casablanca, le : 8 9 2021 : الدار البيضاء في :

MAZOUANI Abderchmane

30,00 x 2

1) Odeci 20g

1g x 1/2 après petit dej

52,00 x 2

2) Simvast 2,0g

1g x 1/2 après petit dej

49,40

3) Calcein 6 Sm

1g x 1/2 après petit dej

102,00

4) OZIL plus 20g

1g x 1/2 30-40 min avant le repas

22,20 x 2

1) eodoliprono

1-1-1

63,20

63 Zyrtec 10g

1g x 1/2 après midi

493,00

للرجال - الطب العام

Hommes, femmes & enfants

Hay El Oulfa, Cité Essalam, Groupe 6 Imm 44, 1^{er} étage Appt N°7

حي الأنفة، المجمع السكني الضحي دارالسلام طريق الرحمة المجموعة H6 عمارة 44 رقم 7 الطابق الأول

الهاتف : 05 22 934 938

SV

SV

SV

SV

PHARMACIE AHMED RAYAN
Quilfa - Cité Essalam - Groupe 6
Imm 44 - 1^{er} étage - Appt N°7
Tél : 05 22 89 83 34

DR. BENKARIM ABDELALI
Médecin Généraliste
Quilfa - Cité Essalam - Groupe 6
Appt 7 - 1^{er} étage - Hay El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 934 938

73 Ba A 12 100

19-28-ym ny

LOT: 086
PER: FEV 2024
PPV: 49 DH 40

Dr. BENKARTI ADELLI
Médarien Généraliste
Oulfa - Cité Essalam - Groupe 6
Appt 7 - L0944 1er Etage Casablanca
Tél: 05 22 934 938

LOT 201589
EXP 05/2023
PPV 30.00DH

LOT 201589
EXP 05/2023
PPV 30.00DH

AMM N° 356/14 DMP/21
Zyrtec® 10mg
5 comprimés pelliculés sécables
6 118000 020158

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

DIURIMAT® 2,5 mg, Boîte de 30 comprimés pelliculés
Indapamide

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Indapamide (DCI)2,50 mg
Excipients : amidon de maïs, lactose monohydraté, sodium laurylsulfate, povidone, talc, stéarate de magnésium, méthylhydroxypropylcellulose, dioxyde de titane, glycérol, polyéthylène glycol 6000, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire : Lactose

3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

ANTIHYPERTENSEUR DIURETIQUE
(C: système cardio-vasculaire)

4. INDICATIONS

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle.

5. POSOLOGIE :

Posologie

Un comprimé par jour.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION DE VOTRE MEDECIN.

Mode d'administration

Voie orale.

Fréquence d'administration

Une seule administration par 24 heures de préférence le matin compte tenu de l'effet diurétique de ce médicament afin d'éviter d'éventuels réveils nocturnes.

Durée de traitement

SE CONFORMER A LA PRESCRIPTION DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DIURIMAT® 2,5 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants:

- allergie connue à ce médicament et aux sulfamides,
 - insuffisance rénale sévère,
 - atteinte hépatique grave,
 - hypokaliémie confirmée par le laboratoire (baisse anormale du taux de potassium dans le sang).
- Sauf avis contraire de votre médecin, ce médicament ne doit pas être prescrit en association avec le lithium, avec certains médicaments pouvant entraîner des troubles du rythme cardiaque (astémizole, bépirlidil, érythromycine IV, halofantrine, pentamidine, sultopride, terféndine, vincamine).

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, DIURIMAT® 2,5 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Sensation de fatigue (asthénie) surtout en début de traitement.
 - Plus rarement nausées, sécheresse de bouche, constipation, maux de tête, anomalie de la perception des sensations du toucher.
 - Manifestations de type allergique, rares cas d'éruption cutanée chez les sujets prédisposés aux manifestations allergiques et asthmatiques.
 - Sensation de vertige aux changements de position.
 - Risque de déshydratation majorée chez les personnes âgées et chez les insuffisants cardiaques.
 - Il est possible de constater des variations des paramètres sanguins, notamment une perte excessive de potassium, de sodium, plus particulièrement chez les sujets âgés ou dénutris, une élévation du taux de l'acide urique, du sucre, du calcium ou des modifications de la formule sanguine.
 - Votre médecin peut demander de faire pratiquer des examens de laboratoire afin de contrôler ces paramètres. Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou deviennent graves, veuillez votre pharmacien.
- 8. MISES EN GARDE S PARTICULIERES D'EMP**

52,00 \$

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

DIURIMAT® 2,5 mg, Boîte de 30 comprimés pelliculés
Indapamide

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Indapamide (DCI)2,50 mg
Excipients : amidon de maïs, lactose monohydraté, sodium laurylsulfate, povidone, talc, stéarate de magnésium, méthylhydroxypropylcellulose, dioxyde de titane, glycérol, polyéthylène glycol 6000, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire : Lactose

3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

ANTIHYPERTENSEUR DIURETIQUE
(C: système cardio-vasculaire)

4. INDICATIONS

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle.

5. POSOLOGIE :

Posologie

Un comprimé par jour.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION DE VOTRE MEDECIN.

Mode d'administration

Voie orale.

Fréquence d'administration

Une seule administration par 24 heures de préférence le matin compte tenu de l'effet diurétique de ce médicament afin d'éviter d'éventuels réveils nocturnes.

Durée de traitement

SE CONFORMER A LA PRESCRIPTION DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DIURIMAT® 2,5 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants:

- allergie connue à ce médicament et aux sulfamides,
 - insuffisance rénale sévère,
 - atteinte hépatique grave,
 - hypokaliémie confirmée par le laboratoire (baisse anormale du taux de potassium dans le sang).
- Sauf avis contraire de votre médecin, ce médicament ne doit pas être prescrit en association avec le lithium, avec certains médicaments pouvant entraîner des troubles du rythme cardiaque (astémizole, bépirlidil, érythromycine IV, halofantrine, pentamidine, sultopride, terféndine, vincamine).

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, DIURIMAT® 2,5 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Sensation de fatigue (asthénie) surtout en début de traitement.
 - Plus rarement nausées, sécheresse de bouche, constipation, maux de tête, anomalie de la perception des sensations du toucher.
 - Manifestations de type allergique, rares cas d'éruption cutanée chez les sujets prédisposés aux manifestations allergiques et asthmatiques.
 - Sensation de vertige aux changements de position.
 - Risque de déshydratation majorée chez les personnes âgées et chez les insuffisants cardiaques.
 - Il est possible de constater des variations des paramètres sanguins, notamment une perte excessive de potassium, de sodium, plus particulièrement chez les sujets âgés ou dénutris, une élévation du taux de l'acide urique, du sucre, du calcium ou des modifications de la formule sanguine.
 - Votre médecin peut demander de faire pratiquer des examens de laboratoire afin de contrôler ces paramètres. Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou deviennent graves, veuillez votre pharmacien.
- 8. MISES EN GARDE S PARTICULIERES D'EMP**

52,00 \$

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base)	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS

Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine, etc.
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne.
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses recommandées.

PPV:22DH20
PER:04/23
LOT:K1229



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base)	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS

Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine, etc.
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne.
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses recommandées.

PPV: 22DH20
PER: 04/23
LOT: K1229

