

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-843935

199716

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11360 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMRANI HANANE
 Date de naissance : 10/01/1972
 Adresse : EL JINANE 01 N52AIN LKHER MY YAACOUB
 Tél. : 0 666 290 176 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 12 / 2023
 Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN KARIM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affect on al aise
 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-843935

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
27/12/23	G		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27.12.23

327,40

INPE: 142020767

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

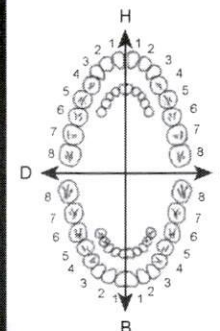
Montant des Honoraires

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 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

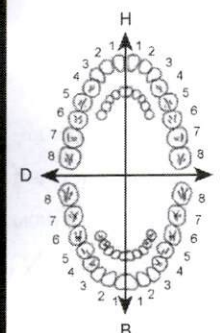
Montant des Honoraires

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

دكتورة سليمة البهليل (ح. عروود)

Professeur d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte Phaco émulsification

Strabisme

Chirurgie Cornéenne - Kératocône - Lentille

Chirurgie réfractive lasik - Implants

Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

Centre d'exploration - Pentacam



Cabinet
ophtalmologie
Bhallil Salima

استاذة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
الحول، جراحة "الجلالة"، فحص شبكية العين
التصوير الرقمي للأوعية، الليزر
تصحيح البصر بالليزر

البيوكرافيا

JI N°:

XP:

16552
07/2025

PPC: 99 DH

mercredi 27 décembre 2023

Mr BENCHEGROUN KARIMI Ahmed

MAGMARIN

1 cp / j pd. 1 mois

NAABAK

2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OCULARM pan

1 goutte x 4 / jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

INPE: 142020767

الدكتورة سليمة البهليل (ح. عروود)
استاذة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
Professeur d'Ophtalmologie
GSM: 06.61.48.04.19 Tél: 05.35.64.01.10

شارع الجيش الملكي مكاتب النور، رقم 10، الطابق 2 (بين بيوكناش ومقهى أوديسي) - فاس
Avenue des FAR, Bureau Noor, N° 10, 2ème étage, (entre Biougnach & café Odyssee) - Fès
GSM: 06 61 48 04 19 - Tél: 05 35 64 01 10 - Email: salimaophta@hotmail.com

1 mg/ml, collyre en solution

Opatanol®

32EF 18
06 2026

Exp :

Lot :

Tioulaine de l'AMM au Maroc :
صاحب الرخصة
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Moroc
Sous licence des Laboratoires
Novartis Europäischer Limited



6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS

407253 MA

8893988 MA

Voie oculaire.
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants.
Jeter 4 semaines après la première
ouverture.

Ouvert le :

Finir le :

Composition :
Chlorure de benzalkonium,
chlorure de sodium, phosphate
disodique dodécylhydraté, acide
chlorhydrique et/ou hydroxyde de
sodium (ajustement du pH) et eau
purifiée

Expiant à effet notoire :
Chlorure de benzalkonium

التعليق:
كلوريد البانزالكونيوم، كلوريد الصوديوم،
نوربيكدهيدرات فوسفات صوديوم ثنائي الصوديوم،
حمض الهيدروكلوريك و / أو هيدروكسيد
الصوديوم (لضبط الأس الهيدروجيني) والماء النقي.
مواد ملونة معروفة
كلوريد البانزالكونيوم
المسبب

Fabricant :
Alcon-Couvreur N. V., Rijksweg 14,
B-2870 Puurs, Belgique
Siegfried El Masroui, S. A., Camil
Fabra, 58, 08320 El Masroui,
Barcelona, Espagne.

60

NE PAS ABUSER
RESPECTER LES DOSES PRIORITAIRES
3 mg
يحب احكام الجرعات الموصوفة

Tenir à l'abri (1) - UNQUEMENT SUR
ORDONNANCE

حفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة
وصلة طبية (1) - حصريا عند الوصفة



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

كن حذرا: لا تدر السيارة دون قراءة النشرة

عن طريق العين

قرا النشرة قبل الاستخدام

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة للأطفال

فرص 4 أسابيع بعد فتح الأول

NOVARTIS

© 2010, 2014 Novartis

2026.03

23028

LOT

Ocularm® Pan
OSDOcularm® Pan
OSDOcularm® Pan
OSDOcularm® Pan
OSDOcularm® Pan
OSD

10 ml e

10 ml e



Penta Arzneimittel GmbH
Werksstraße 3
92551 Stulln
Germany

Distributeur au Maroc:
NourPharmed SARL
7, Av. Imam Ali, N4
30000 (Fes)
Maroc

Ocularm® Pan OSD

Hyaluronate de sodium 0,15 %, Dexpanthénol 2 %

Collyre 10 ml

PPC : 149,90 DH



6 118002 060039



STERILE A

CE 0483



NOUR PHARMED



NOUR PHARMED

Collyre

**Hyaluronate de sodium à 0,15 %
Dexpanthénol 2 %**

- Pour une meilleure hydratation, soulagement et soin des yeux secs
- Sans agent conservateur
- Compatible avec les lentilles de contact

Composition :

Hyaluronate de sodium 0,15 %, dexpanthénol 2 %, chlorure de sodium, citrate de sodium, acide citrique, de l'eau pour préparations injectables.

Application :

Collyre à usage ophtalmique externe exclusivement.
Ne pas utiliser si le flacon ou l'anneau scellé sont endommagés.
Ne plus utiliser Ocularm® Pan OSD, au-delà de la date de péremption.
A utiliser jusqu'à 12 mois après ouverture.
Température de stockage 2°C - 25°C
Ne pas congeler.
Refermez le flacon avec le capuchon après emploi.
Tenir à l'abri de la lumière, dans l'emballage en carton d'origine.

Pour les indications, le mode d'emploi et les précautions d'emploi, se reporter à la notice.

Ouvert le : / /

Collyre

**Hyaluronate de sodium à 0,15 %
Dexpanthénol 2 %**

- Pour une meilleure hydratation, soulagement et soin des yeux secs
- Sans agent conservateur
- Compatible avec les lentilles de contact

4/



2306349BP-05

21069004