

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-0026603

199117

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 0066513 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZOUANI ABDEERRAHMANE

Date de naissance : 1936

Adresse : Hay ESSAFA Rue 28 n° 10 oulfen

Tél. : 0670841940 Total des frais engagés : 676,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Dr. Abdelali BENKARIM
Médecin Généraliste
Oulfa - Cité Assalam Groupe 6 Appt 7 1er Etage
CASABLANCA - Tél: 05.22.934.938

Date de consultation : 6 / 3 / 2024

Nom et prénom du malade : MAZOUANI ABDEERRAHMANE Age :

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

Nature de la maladie : HTA - diabète - hyperlipémie - hypercholestérolémie

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) :

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
6-3 224			150	Dr. Abdelali BENKALIM Médecin Généraliste Oulfa - Cité Assalam Groupe 6 apt 7 1er Etage ASABLANCA - Tél: 05 22 934 938

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

06/07/24 526,50

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

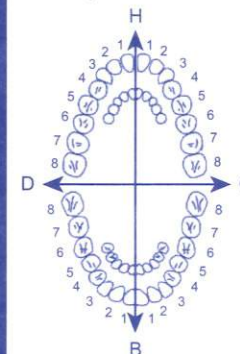
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

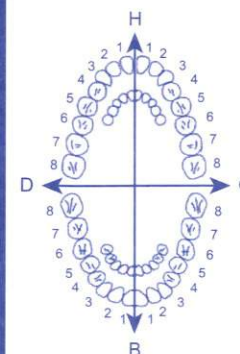
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelali BENKARIM

Médecine générale

الدكتور عبد العالي بنكریم
الطب العام

- Diplôme universitaire de diabétologie
- Diplôme universitaire en gériatrie gérontologie
- Diplôme d'université santé Travail environnement
« Bourdeaux - France »
- Diplôme universitaire diététique - Nutrition
- Diplôme universitaire de l'échographie - ECG
- Médecin Agrée pour la visite médicale du permis
de conduire

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- دبلوم جامعي في أمراض وطب المسنين
- دبلوم جامعي في طب العمل « فرنسا »
- دبلوم جامعي في التغذية - نظام الحماية
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى - التخطيط القلبي
- طبيب معتمد للفحص الطبي لنيل رخصة السياقة

Casablanca, le : 03-3-2026 : الدار البيضاء في :

M. Zouari Abdelkrim

M. 2042

1) Reprodex 11,2g in 2mcu



22,20

2) Cololipron

30,70

3) Korodex 7g in 2mcu

86,40

4) Cololipron 90

131,60

5) Spectrum 100

33,40

6) Totolipron 100

7) Totolipron 100

للرجال - النساء و الأطفال

Hommes, femmes & enfants

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

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

Tél.: 05 22 934 938 / Watsapp 06 48 63 90 23 : الدار البيضاء الهاتف

131.60

TOBRADEX®
COLLYRE EN SUSPENSION

3XDD10
06 2025

45

Lot :
EXP :

889364 MA

COMPOSITION :
Tobramycine 0,3%
Dexaméthasone 0,1%

Exciipients : Pour 100 ml de collyre

Chlorure de sodium 0,9%
Chlorure de benzalkonium

Autres excipients :

Edulate de sodium, Chlorure de sodium,

Sulfate de sodium anhydre, Propylène

glycol, Hydroxyde de sodium, Eau purifiée

et/ou Hydroxyde de sodium, Eau purifiée

Voir Optalmique.

Lire la notice pour plus d'informations.

POURTES DES ENFANTS

Ne pas utiliser ce médicament au-delà de

4 semaines après la première ouverture

du flacon, et à une température entre 15°C

et 25°C.

Ne pas congeler.

0,10

0,30

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100



TOBRADEX®
COLLYRE
EN SUSPENSION
Tobramycine
Dexaméthasone
0,3/0,1%

توبرادكس
قطرات للعين على شكل
مستعلق

توبراميسين / ديكساميثازون

0,1/0,3%

Flacon de 5 ml

قطرة من فئة 5 مل

NOVARTIS

**NE PAS AVILER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tablette A (liste II) - Uniquement
sur ordonnance

لا ينبغي
تجاوز الجرعات الموصوفة
بدون استشارة الطبيب
وعدم التلاعب

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice



لكن جدول لائحة السيارات دون قراءة النشرة
Tablette d'AMM au Maroc

صاحب
Laboratoires SOTHEMA, B.P. N° 27182,
Bouskoura-Morocco
Société de Laboratoires - Novartis
Pharma Schweiz AG - Suisse.

المستعمل :
Alcon-Couvreur N.V.
Rijksweg 14, B-2870 Purm, Belgique
Sagfried El Masroui, S.A. Camí Fabra,
56 08320 El Masroui, Barcelona,
Espagne

PPV : 86DH40
PER : 06/26
LOT : M2012

DOLICOX[®] 90 mg

Etoricoxib

7 Comprimés pelliculés

voie orale

bottu s/a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sefta - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

7 Comprimés
pelliculés

DOLICOX[®] 90 mg
etoricoxib

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
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER
VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS
Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine, les antidépresseurs, les tranquillisants, les hypnotiques, les sédatifs, les anesthésiques, les médicaments à effet sédatif.
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL
VOTRE PHARMACIEN.

Codoliprane® ○

Paracétamol / Codeïne

400 mg / 20 mg 16 Comprimés
sécables



6 118000 040217

PPV: 22DH20
PER: 07/25
LOT: M2561



Biperax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

30 حبة ملبسة

5



M/10