

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 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 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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0026603

19917

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0066113 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAZOU Ani ABDEERRAHMANE

Date de naissance : 1936

Adresse : May ESSAFA Rue 28 m² 10 oufer

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 6/3/2021

Nom et prénom du malade : M.ZOUAOU BEN ABDELLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA D.L.I. Hypertension artérielle

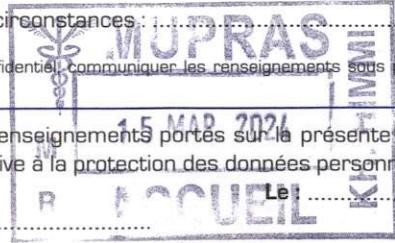
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 15 MAR 2021 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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			100	Dr. Abdelali BENHADJ KARIM Médecin Généraliste Quart. Cité Assalam Groupe 8 Bpt 7 1er Etage ASABLANCA - Tel : 05 22 934 938

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr BENHADJ KARIM Pharmacien Assalam 22934932231	06/07/24	526,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

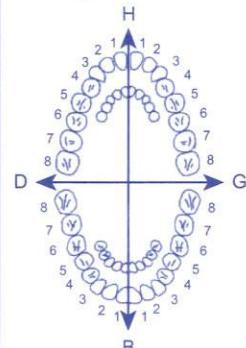
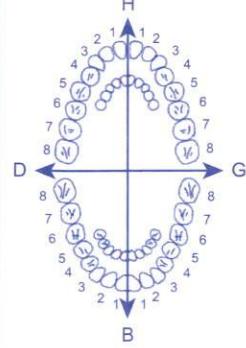
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 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
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	D 00000000	G 00000000		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

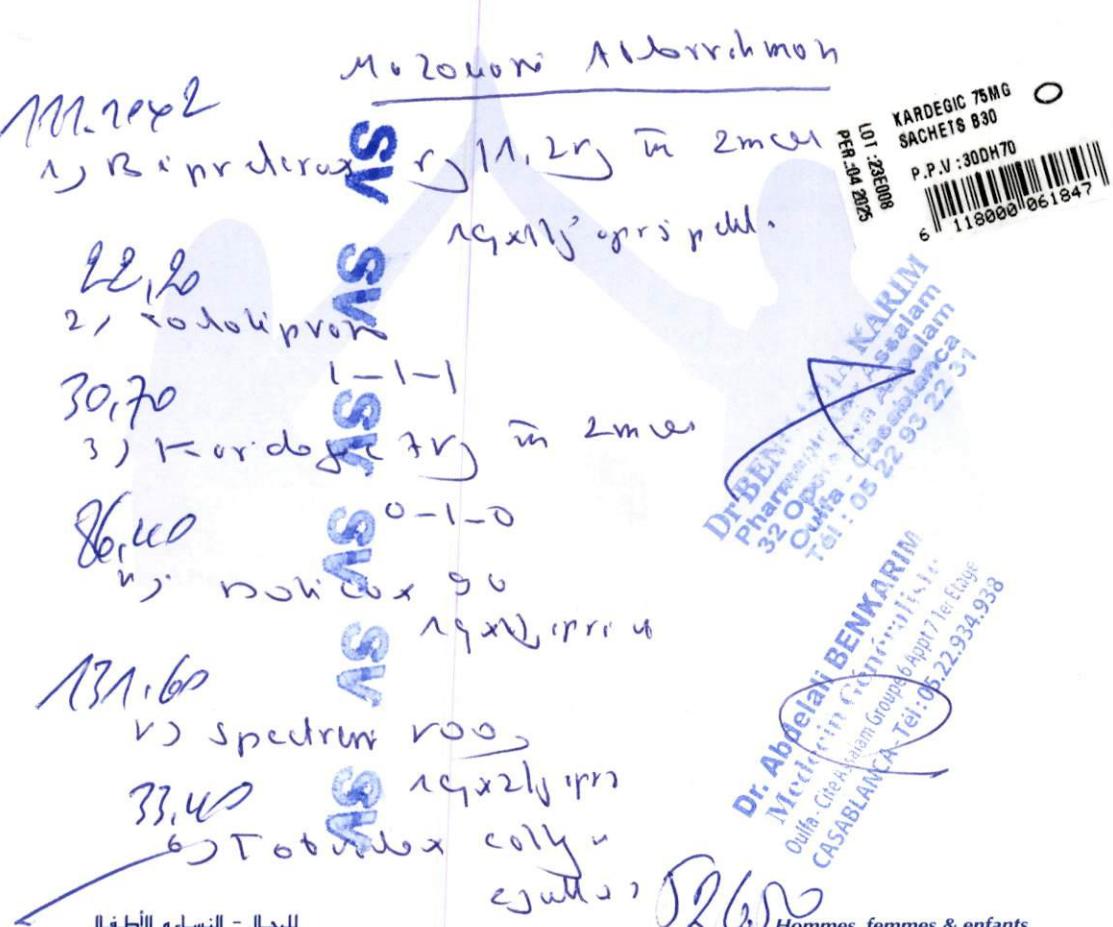
Médecine générale

- 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

Casablanca, le : 6-3-2026 الدار البيضاء في :

الدكتور عبد العالى بنكريم
الطب العام

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



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

حي الألفة، المجمع السكني الضخم دار السلام طريق الرحمة المجموعة 6 عمارة 44 رقم 7 الطابق الأول

دار البيضاء الهاتف : 05 22 934 938 / Watsapp 06 48 63 90 23

131.60

7 Comprimés
pellucides

mg

90

Doucox® 90 mg

Etoricoxib

Oricoxib

7 Comprimés pelliculés

bottu/JA

82, Allée des Cavaillons - Ain Sabata - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

voie orale

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

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol.	400,00 mg
Phosphate de codeine hémihydraté.	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeine 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'EVENTUELLES INTERACTIONS
Notamment avec la buprénorphine, la na-

Ce m
Ne le

Codoliprane®
Paracétamol / Codéine
400 mg / 20 mg
16 Comprimés sécables



6 118 000 040217

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



