

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-821142

188612

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

4588

Société :

RAT

Matricule :

4588

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BAOU Abdelkhalak

Nom & Prénom :

01/01/1957

Date de naissance :

Adresse :

69 Lot des Jardins Targa

Tél. :

056872525

Total des frais engagés :

423,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

28 DEC 2023
ACC

Date de consultation :

01/11/23

Nom et prénom du malade :

Azzouzi Hiba

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

goutte

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 la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

MRC

Le : 01/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-821142

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
9/11/13	Ca	2	6	INP : 0711117063 Signature Dr Mouria O.JAWHARI Date : 11/11/2013 Signature : Dr M.S.GULZ Date : 11/11/2013 Signature : Dr S.A.43-6-03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية حدائق ماجوريل PHARMACIE JARDINS DE MAJORELLE El-Zaytouna, 39 Mag N 4, Marrakech Tel : +212 (0) 5 24 30 12 11	1/1/23	1423.00 Dhs

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	

VOLET ADHERENT

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

BELEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
G																			
				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'EX

Docteur Houria O. Jawhari
Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines
Cholestérol - Obésité - Goitre
Impuissances sexuelles - Maladies du sein
Retards de croissance
Nutrition

(الدكتورة حرية لا. جوهرى)
اختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية
لسمنة - الكوليستيرون - الضعف الجنسي
أمراض الثدي - نقصان النمو
التغذية

Marrakech, le : ٩/١١/٢٣

Mue hin tzungi

13, 40 x 12
Levo Mox 50



9 pul x 5 (6m 13)

168, 20
Augment 1g



15 x 3 / j x 8 j ouz.

45, 30
Ventoline spray

صيدلية حداوة
PHARMACIE EL HADDAWA
Lot. 24333 - 40000 MARRAKECH
Tel: +212 (0) 524 30 12 11

48, 40

Soh pre 1 te



3 pul x 5 5j ouz

Siréti sh 15



PHARMACIE
Lot. 24333
Tel: +212 (0) 524 30 12 11

دواء
Medicament

دواء
Medicament

دواء
Medicament

دواء
Medicament

دواء
Medicament

Docteur Houria O JAWHARI
Spécialiste Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition

شارع محمد الخامس رقم 11، الطابق الثاني - مراكش (عمارة الخطوط الملكية المغربية) - الهاتف : ٠٥ ٢٤ ٤٣ ٣٦ ٦٢ - ٠٨ ٠٨ ٣٩ ٠٩ ٦٥ ٥٥ ٢٤ ٤٣ ٣٦ ٦٢

213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tel C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65
IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

AUGMENTIN

AMPIROXIPACIDE CLAVULANIQUE
1g /125 mg
Sachets
..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.
كيس..مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 168,20 DH
LOT : 652427
PER : 05/25

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

45 30 00
07 2024
9P7E
Lot EXP P.D.

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقايير المعنية
Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
يصرف فقط بوصيب وصفة طبية - جدول A (اللحنة I)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70



6 118000 060536

Lot/Batch: 1PV3A
Fab./mfg.: 10/2021
Exp.: 09/2024

Solupred® 20mg

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:
Lot:
Fab:

06/2025
601LQD
07/2022

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN
Respecter les doses prescrites		

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336