

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M21- 0051243

189996

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALHI RABHA

Date de naissance : 1949 à CASABLANCA

Adresse : 2 Rue NAORIS (ex Mouettes)
Femme Bretonne CASA 02

Tél. : 0668095376 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2024

Nom et prénom du malade : SALHI Rabha Age :

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

Nature de la maladie : R.T. ACFA

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 : CASABLANCA Le : 10/1/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Organisation 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
04.01.24	24			
06.05.24	C3		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	04/01/24	295,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

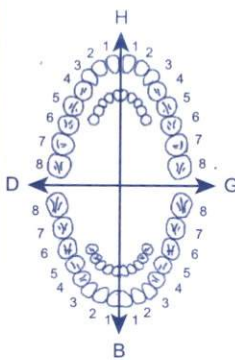
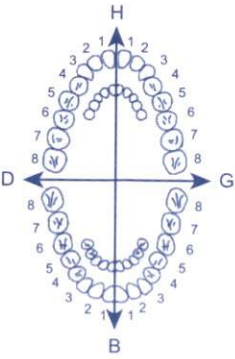
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALI EL MAKHLOUF

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N° 2

CASABLANCA

Tél : 0522298155/59 - Fax : 0522.22.62.97

Email : elmakhlouf@gmail.com

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA

0522238181

DR EL MAKHLOUF 0661131483

Je soussigné, Dr EL MAKHLOUF ALI, certifie que Mlle SALHI Rabha est suivie pour un RM et ACFA nécessitant un traitement de longue durée et sans interruption

Certificat remis en main propre et sur sa demande à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Le 04.01.2024

Dr EL MAKHLOUF ALI

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 04.01.2024

Mlle SALHI Rabha

ALDACTAZINE : 1/2 CP LE MATIN
SANS ARRÊT

85,00 x3
DIGOXINE : 1/2 CP / J SAUF LUNDI ET VENDREDI
SANS ARRÊT

37,80 x3
SECTRAL 200 MG : 1/2 CP PAR JOUR
SANS ARRÊT le matin

20 x3
SINTROM 4 MG:
1/4 CP / 24HEURE x 2jrs ET 1/4 CP / 36HEURE SANS ARRÊT

46,70
ZYLORIC 100MG
1 comprimé par jour pendant 3 mois.

295,10
TRAITEMENT DE 03 MOIS

Docteur ALI EL MAKHLOUF

PHARMACIE DU C.17
Dr. Hinda Benmoussa
1 Rue Al Mokhouane
Tél : 05 22 39 89 73

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

سكترال © 200 ملغ

كلورهيديرات أسيتوتولول
20 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

Sectral® 200mg

احترم الجرعات الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 22E001

PAR : 01 2025

SECTRAL 200MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



Titulaire d'AMM dans le pays d'origine :
CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH Greifswald,
Allemagne.

Titulaire d'AMM au Maroc :
Bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Fabricant :
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.

سكترال © 200 ملغ

كلورهيديرات أسيتوتولول
20 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

Sectral® 200mg

احترم الجرعات الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 22E001

PAR : 01 2025

SECTRAL 200MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



Titulaire d'AMM dans le pays d'origine :
CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH Greifswald,
Allemagne.

Titulaire d'AMM au Maroc :
Bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Fabricant :
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.

سكترال © 200 ملغ

كلورهيديرات أسيتوتولول
20 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

Sectral® 200mg

احترم الجرعات الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 22E001

PAR : 01 2025

SECTRAL 200MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



Titulaire d'AMM dans le pays d'origine :
CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH Greifswald,
Allemagne.

Titulaire d'AMM au Maroc :
Bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Fabricant :
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.



Voie orale

100 comprimés

allopurinol

100 mg

Zyloric®

زِيلُورِيك® 100 ملغ

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 222200

EXP 06 2026

PPV 46.70 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
إحترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة I)

Uniquement sur ordonnance.

لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.

يحفظ الدواء بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال.

سوطيما
sothema

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspen

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



18000 022268

40x65x95

1

351308
11/18

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم 4[®] ملغ
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE[®]
pharmaceuticale
Sintrom[®] est une
marque déposée,
propriété des Laboratoires
Juvisé Pharmaceuticals

Medius AG
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC
20 - 22, Rue Zoubair bnou EL Aouam
Roches Noires
20300 - Casablanca

IDEMCO

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

351308
11/18

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم 4^م ملغ
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE®
pharmaceuticale
Sintrom® est une
marque déposée,
propriété des Laboratoires
Juvisé Pharmaceuticals

Medius AG
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC
20 - 22, Rue Zoubair bnou EL Aouam
Roches Noires
20300 - Casablanca

IDEMCO

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

351308
11/18

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم 4^م ملغ
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE®
pharmaceuticale
Sintrom® est une
marque déposée,
propriété des Laboratoires
Juvisé Pharmaceuticals

Medius AG
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC
20 - 22, Rue Zoubair bnou EL Aouam
Roches Noires
20300 - Casablanca

IDEMCO

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم



Lot: 22011J
EXP: 11/2025



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg



(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg
30 comprimés

Voie orale





Lot: 22011J
EXP: 11/2025



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg



(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg
30 comprimés

Voie orale





Lot: 22011J
EXP: 11/2025



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg



(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg
30 comprimés

Voie orale

