

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-825926

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HOUMHOV KHADIFA

Date de naissance : 1950

Adresse : 194 320

Tél. : 0662284942 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/04/2024

Nom et prénom du malade : HOUMHOV KHADIFA Age:

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

Nature de la maladie : HTA + dysthyroïdie

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) :

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
25/01/24		C		Dr. OUSSALEM. K Médecin Chef C/S AL AZHARI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 092054865	25/01/24	769,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

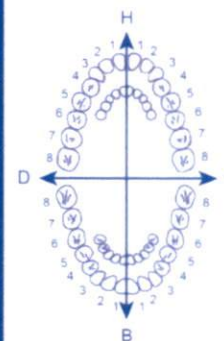
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

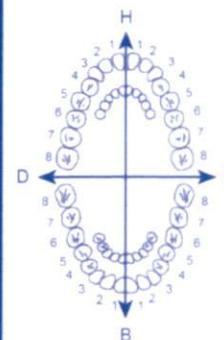
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



Dr. OUSSALEM. K
Médecin Chef
C/S AL AZHARI

Ordonnance

Casablanca, 25/04/2024

224,00 x 3

1) Exforge 5mg/160mg (W3)

13,40 x 1 p / 3 mois

2) levothyra 50 µg

6,80 x 314 /

3) levothyra 25 µg

49,60 x 1 p /

4) D-cure forte

1 p / mois

5) Relaxin 300

14,00 x 1 p /

6) Doliprane 1000 mg

769,40 x 2 /

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Foutat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pts : 35873067
IF : 40436642



Dr. OUSSALEM. K
Médecin Chef
C/S AL AZHARI

7) veca 5~s

14p / j

8) vitac 1000

14p / j

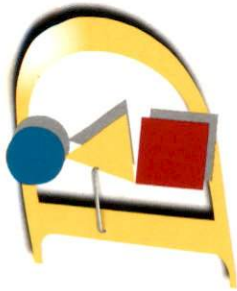
Dr. OUSSALEM K.
Médecine Générale
CS ALAZHARI Hay Hassani



3 أمبولات للشرب

د-كير قوي

كوليكاليسيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

PPV: 49,60 DH
LOT: 23800
EXP: 02/2026

Fabriqué par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



01

Doliprane
Paracétamol
1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

PPV: 14DH00

PER: 09/26

LOT: M3223



02/2026

601UUP

03/2023

EXP:

Lot:

Fab:



6 118001 102013

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne

Sous licence: Merck Santé

37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

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



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

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.
Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال
يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)
بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:
1 comprimé pelliculé contient:
Amlodipine 5 mg
Valsartan 160 mg
Excipients qsp un comprimé
يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.
Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال
يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)
بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:
1 comprimé pelliculé contient:
Amlodipine 5 mg
Valsartan 160 mg
Excipients qsp un comprimé
يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.
Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال
يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)
بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:
1 comprimé pelliculé contient:
Amlodipine 5 mg
Valsartan 160 mg
Excipients qsp un comprimé
يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



Exforge® 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لا تـ | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لا تـ | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Exforge® 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance.
احترم الجرعات الموصوفة
لا تـ | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

02 2026
B8894U

EXP
LOT

02 2026
B8894U

EXP
LOT

06 2026
B8987X

EXP
LOT



06/2025
601M4E
07/2022

EXP:
Lot:
Fab:



02/2025
601K3A
03/2022

EXP:
Lot:
Fab:



10/2025
601B1E
11/2022

EXP:
Lot:
Fab:

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 102006

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 102006

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 102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH