

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M20- 0006758

63612

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM  
Date de naissance : 29-04-1991  
Adresse : QUARTIER ALMAZ- RESIDENCE AMBAR3-  
IMMA- Apt 21- CASABLANCA  
Tél. : 0661896053 Total des frais engagés : 37,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 16/03/2021

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/02/24        | Catich            |                       |                                 | Dr. Laila ZOUAR<br>Gynécologue Obstétricienne<br>N° Rés. Massima 84 Anouar 1 <sup>er</sup> Etage N° 12<br>Tél : 0522 86 42 44 / 0662 15 05 19<br>INP : 061007126 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 15-03-24 | 37.30                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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'

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | 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



# Docteur Laila ZOUAD

Gynécologue - Obstétricienne

Suivi de grossesse - Accouchement  
Gynécologie - Maladies du sein  
Stérilité du Couple - Echographie



## الدكتورة ليلي زواد

أخصائية أمراض النساء والتوليد

مراقبة الحمل - التوليد  
أمراض النساء - أمراض الثدي  
عقم الزوجين - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 17/3/2024 الدار البيضاء في

N° 1013 Ref: 1013



1) Clopidogrel

9,60

1 box x 30

2) Cardiomagnyl : 1 p/j



27,80

37,30

PHARMACIE TOUATI  
Dr. Maryama EL FARNI  
Riad Sofia T2-223 M2 Lissasfa  
INPE : 092067248  
Tél : 05 22 65 20 70

Dr. Laila ZOUAD  
Gynécologue - Obstétricienne  
30 Bd. Anoual, Rés. Nassima - 1er étage N° 12  
86 42 44 - 0662 15 05 19  
051007126

30 شارع أنوال، إقامة نسيم - الطابق 1 رقم 12 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.86.42.44 - البريد الإلكتروني : Dr.zouad@gmail.com

30 Bd. Anoual, Rés. Nassima - 1er étage, Porte 12 - Casablanca - E-mail : Dr.zouad@gmail.com - Tél.: 05 22 86 42 44

En cas d'urgence : 06 62 15 05 19 : المستعجلات





AMM N° 692 DMP/21

**FORMULE - FORMULA :**

Métoclopramide base ..... 10 mg  
Excipient q.s.p. .... 1 suppositoire

**تركيبة الدواء :**

10 ملغ / الجيسة واحدة  
ميتوكلوپراميد قاعدة .....  
السواغ .....  
Cette boîte contient 100 mg de métoclopramide base  
This box contains 100 mg of metoclopramide base  
عليه فتي على 100 ملغ من ميتوكلوپراميد قاعدة.

لا يترك في متناول الأطفال NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

# CLOPRAME®

Métoclopramide

10 mg

Pour adultes et adolescents de plus de 18 ans

10 suppositoires  
10 suppositoires



LAPROPHAN

الجرعات - دواعي الاستعمال : أنظر الشبرية داخل العلبة

يحتفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية

**POSOLOGIE - INDICATIONS :** Voir notice ci-incluse

**INDICATIONS - DOSAGE :** See insert

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C

To keep at a temperature not exceeding 30°C

يحتفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية - انظر الشبرية داخل العلبة

10 mg  
LAPROPHAN

CLOPRAME® 10 mg  
10 suppositoires  
10 mg  
10 suppositoires  
6 118000 031260



®

# كلو براهيم

ميتوكلوپراميد

10 ملغ

السواغ و المرافق ما فوق 18 سنة

10 ليوسيات



CLOPRAME® 10 mg 10 suppositoires

PPV 9DH60

EXP 10/2023  
LOT 09005 1





30 comprimés gastro-résistants

Acide acétylsalicylique

# CARDIOASPIRINE

100 mg

Bayer

Maroc

Martina, 20030 Casablanca

Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,

Tour Ivoire 1 - 3<sup>e</sup> Etage

Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.

AMM N° 594/17 DMP/21/NRS

Fabriquée par Bayer AG

51368 Leverkusen

Allemagne

كارديو أسبرين 100 م

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



dépassant pas 25°C.

Tenir hors de portée des enfants  
Conserver à une température ne

Composition:  
1 comprimé contient 100 mg  
d'acide acétylsalicylique  
excipients qsp un comprimé

التركيب:  
كل قرص يحتوي على 100 مغم من  
حمض أسيتيل ساليسيليك  
مادة من السواج لقرص واحد  
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال  
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى  
25 درجة مئوية