

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Medecine :

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.

## Educations :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0037618

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NHAMOUCHA KAMAL

Date de naissance : 14-11-1951

Adresse : 48, AV. HASSAN II FES

Tél. : 05-61-61-60-79 Total des frais engagés : 1787,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2021

Nom et prénom du malade : H. BAHRI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Fes

Le : 08/09/2021

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
07/10/2021	CS		300 DH.	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/2021	1487,30

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D  00000000 00000000  35533411 11433553  B </div> <div> G </div> </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. Driss BERRADA**  
Cardiologue

**الدكتور ادريس برادة**

اختصاصي في أمراض القلب والشراب

Ex. Attaché au Service de  
cardiologie du  
CHU Hassan II de Fès

Mme BAHRI RANIA 61 ans

**ORDONNANCE**

- Echocardiographie
- Epreuve d'Effort
- Holter ECG

**- Holter Tensionnel**

SYNTHEMED  
22 rue zoubair bnou  
noirs casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

Tél : 05 35 93 20 76

GSM : 06 61 34 10 70

SYNTHEMED  
22 rue zoubair bnou al sou  
noirs casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QJ Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V.: 185,70 DH

SYNTHEMED  
22 rue zoubair bnou al sou  
noirs casablanca  
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V.: 176,20 DH  
6 118001 020898

$528,61 = 176,11 \times 3$   
HYTACAND 16/12.5

1 cp le matin après repas

$28,61 = 7,11 \times 3$   
DETENSIEL 10 MG

1 cp le matin après repas

$313,60 = 157,81 \times 2$   
ROSUVAS SUN 10 MG

1 cp le soir après repas

KARDEGIC 75MG

1 sachet au milieu du déjeuner

$73,11 = 24,41 \times 3$   
LEVOTHYROX 100µG

1 cp matin à jeun

TT DE TROIS MOIS

$168,11$   
AUGMENTIN 1 G

1 s x 2/j pnt 8j après repas

PHARMACIE TADAWI FES SAIS  
SARL (AU) Dr. HASSAN KAREM  
douar Oulad Lakhdar Ouled Tayeb Fès Bie  
Tél : 05 35 56 36 26  
karemhassan1979@gmail.com  
INPS : 142085500

PHARMACIE TADAWI FES SAIS  
SARL (AU) Dr. HASSAN KAREM  
douar Oulad Lakhdar Ouled Tayeb Fès Bie  
Tél : 05 35 56 36 26  
karemhassan1979@gmail.com  
INPS : 142085500

Dr. Driss BERRADA  
Tél : 0535 932 076  
Cardiologue  
Bureau des Palmiers

Bureaux des Palmiers, 1er étage N°8 (en face du Club de l'enseignement) - Fès  
64, شارع السلاوي, مكاتب النخيل الطابق الأول, رقم 8 ( أمام نادي التعليم ) - فاس





09/2022  
6009K7  
09/2019

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 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



7862160342



09/2022  
6009K7  
09/2019

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 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



7862160342



09/2022  
6009K7  
09/2019

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 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



7862160342

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

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**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 645758  
PER: 05/22



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

**Composition :**

Amoxicilline ..... 1g  
(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique ..... 125mg  
(sous forme de clavulanate de  
potassium).

Contient de l'aspartam (environ  
30mg).

Mise en garde spéciale : risque  
d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.

Conserver à une température  
inférieure à 25°C et à l'abri de  
l'humidité.



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

**16 SACHETS**

**poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet**



أوغمنتان 1 غ / 125 مغ  
أموكسيسيلين / الحمض كلافلو لانيك  
مسحوق لمستهلك في كيس قابل للشرب



Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة أ - بصرف الطبيب بناء على وصفة طبية



**DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER**

**ديتенсиال + الحمل = خطر**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا يستعمل لدى:  
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.  
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - بصرف الطبيب بناء على وصفة طبية



**DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER**

**ديتسنسيال + الحمل = خطر**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا يستعمل لدى:  
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.  
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7862160236



روزوفاستاتين

روزوفاستاتين

ROSUVAS<sup>®</sup> SUN 10 mg ○  
Boîte de 30 comprimés pelliculés.



6 118000 3808411

10 ملغ

30 قرص ملبس  
عن طريق الفم

Médicament Autorisé N°:

709/16DM/P/21/N/CD

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

219, Boulevard Zerkoum, Angle Boulevard Roudani,  
5ème étage, 20330 EL Mâarif Casablanca, Maroc

Fabrique par : AFRIQ-PHAR

Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda Route Regionale N°  
322 (Ex R.S 111) Km 12,400 Ain Harrouda 28630

Mohammedia, Maroc.

Rosuvastatin<sup>®</sup> SUN



Rosuvastatine



SUN  
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés  
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80



روزوفاستاتين

روزوفاستاتين

ROSUVAS<sup>®</sup> SUN 10 mg ○  
Boîte de 30 comprimés pelliculés.



6 118000 3808411

10 ملغ

30 قرص ملبس  
عن طريق الفم

Médicament Autorisé N°:

709/16DM/P/21/N/CD

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

219, Boulevard Zerkoum, Angle Boulevard Roudani,  
5ème étage, 20330 EL Mâarif Casablanca, Maroc

Fabrique par : AFRIQ-PHAR

Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda Route Regionale N°  
322 (Ex R.S 111) Km 12,400 Ain Harrouda 28630  
Mohammedia, Maroc.

Rosuvastatin<sup>®</sup> SUN



Rosuvastatine



SUN  
PHARMA

10 mg

30 Comprimés pelliculés  
Voie orale

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80