

# 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 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

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.

Nº M21- 042498

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

91708

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Jalal abd el Fathim

Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Bouchetaf, Rue S9 n° 89 case

Tél. : 06 08 15 89 14 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Fatiha YOUSFI  
Médecine générale  
Tel: 0528 56 95 55  
393, bd driss harti cité d'el man  
- casablanca-  
10 NSL  
B ACCUEIL

Date de consultation : 14 OCT 2021

Nom et prénom du malade : Yousfi Zaki Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète + Hypertension artérielle

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) :

## 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
1 OCT 2021	1	1	600	Dr. Fatima Médecine générale 303, bd driss harti cite djemaa casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 de l'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

**Docteur Fatiha YOUSFI**  
**Ex Médecin Interne de l'hôpital CHU**  
**Ex Médecin Interne de l'hôpital Sidi Med**  
**Ben Abdellah - Essaouira**  
**Médecin Agréé pour les permis**  
**de Conduire**  
**Médecine générale**  
**Echographie générale**  
**Electrocardiographie**  
**Suivi Intensif de Grossesse et diabète**

## الدكتورة فتيحة يوسف

طبيبة داخلية سابقة بقسم النساء و الولادة بمستشفى ابن رشد  
 طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بن عبد الله  
 بالصورة  
 طبيبة سرخصة لفحص العيون لرخصة السيارة  
 الطب العام  
 الفحص بالصدى  
 التخطيط الكهربائي للقلب  
 متابعة حالات العمل - السكري

Casablanca, le : 11 OCT 2021 الدار البيضاء، في :

Yousfi Zakia

3900 ① - glycan 500 cp 13u (19.50x2)  
 - 0 - 0 - S.V.  
  
 1900 ② - xedilol 25 cp 13u (14.50x2)  
 - 0 - 0 - S.V.  
  
 4000 ③ - levopheno 50 cp 13u (134.00x3)  
 - 0 - 0 - S.V.  
  
 2000 ④ - Rhopos 25 cp 13u (670.00x3)  
 - 0 - 0 - S.V.



⑤ - Diprox 205 mg. crème  
31/1 1 - 0 - 0 

⑥ - Rins mycine 5%  
2270 ~ 8h x 31. 

31/1. 70

Dr. Fatiha YOUSFI  
Né-Docteur en médecine générale  
Tel: 0522 56 95 53  
393, bd driss harti cite djemaa  
- casablanca-

PHARMACIE PUSSANCHE PHARMA  
Andalou place de la Rue Sidi Maaoui  
Tél: 346473771 - 0522 28 05 86  
CIN: 9318967800003  
ICP: D0018967800003  
TBS: 346473771 - 0522 28 05 86  
PHARMACIE PUSSANCHE PHARMA



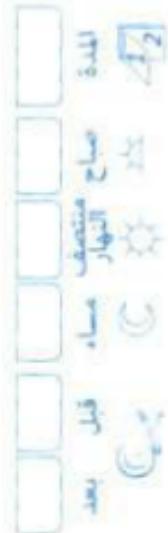
95,00

# كسيديلول

كسيديلول

مليغ 25

30  
قرصاً قابلة للانكسار  
عن طريق الفم



XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 1118000 021773

سوطنبا  
othema



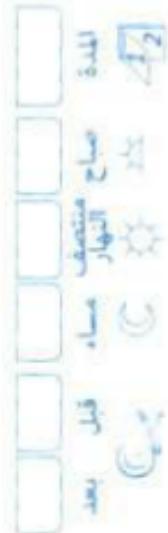
95,00

# ڪڏيلول

ڪڏيلول

مليغ 25

30  
قرصاً قابلة للانكسار  
عن طريق الفم



XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 1118000 021773

سو طبیما  
o'thema

thyrox® 25 µg  
primé sécable



thyroxine sodique



COOPER PHARMA

PPV : 6,80 DH

primés sécables

Merck Serono

EXP:  
Lot:  
Fab:

03/2023  
600 KBB  
04/2020

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



6 118001 102006

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

7862160335

EXP:  
Lot:  
Fab:

03/2023  
600 KBB  
04/2020

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



6 118001 102006

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

7862160335

ar: Cooper Pharma, 41  
ed Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

te: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

S:

A,  
- Strasse 250  
IMSTADT



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

ar: Cooper Pharma, 41  
ed Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

te: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

S:

A,  
- Strasse 250  
IMSTADT



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

ar: Cooper Pharma, 41  
ed Diouri 20110  
Maroc Amina Daoudi  
responsable

te: Merck Santé  
-Romain  
CEDEX 08

S:

A,  
- Strasse 250  
IMSTADT



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



43 x 38 x 103

**Indication :**  
diabète non insulino-dépendant.

**Mode d'emploi et posologie :**  
selon prescription médicale.

**Précautions d'emploi et contre-Indications :**  
voir notice intérieure

12/17

500 مجم ٥٠

مجم ٥٠

٥٠ مجم

500

**Composition :**

Metformine chlorhydrate ..... 500 mg

Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé

Boîte de 50 comprimés contenant au total 25 g  
de metformine chlorhydrate.

IMPRIME PEL



احترموا المقادير المحددة  
Respecter les doses prescrites

351060-02



**Laboratoires SYNTHEMEDIC**  
20-22 Rue Zoubeir Bnou El Aouam  
Roches Noires Casablanca

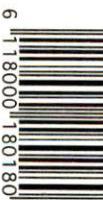
**GLYCAN<sup>®</sup> 500**

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19,50 DH

LOT C406 PER 04/24



GLYCAN<sup>®</sup>  
500 comprimés

43 x 38 x 103

**Indication :**  
diabète non insulino-dépendant.

**Mode d'emploi et posologie :**  
selon prescription médicale.

**Précautions d'emploi et contre-Indications :**  
voir notice intérieure

12/17

500 مجم ٥٠

مجم ٥٠

٥٠ مجم

500

**Composition :**

Metformine chlorhydrate ..... 500 mg

Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé

Boîte de 50 comprimés contenant au total 25 g  
de metformine chlorhydrate.

IMPRIME PEL



**Laboratoires SYNTHEMEDIC**  
20-22 Rue Zoubeir Bnou El Aouam  
Roches Noires Casablanca

351060-02

احترموا المقادير المحددة  
Respecter les doses prescrites

6 1180004180180  
GLYCAN® 500 comprimés

GLYCAN®  
500

**GLYCAN® 500**

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19,50 DH

LOT C406 PER 04/24

12/17

الإمارات

التجزئات

جعجع

إكياس

10

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

PHARMA5  
LOT : 7530  
UT.AV : 03-24  
PPV : 22DH70