

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.

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° W21-675787

102160
Autres

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : RAM

Matricule : 00606 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELHARTI Abdelmajid

Date de naissance : 01/07/1947

Adresse : Hay ELHANA, Rue 27, N°8, Casablanca

Tél : 05 3709424 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS, 01 FEB 2022, ACCUEIL]

Date de consultation : 01/07/2022

Nom et prénom du malade : ELHARTI Abdelmajid

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

Nature de la maladie : COVID

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-675787

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 606
Nom de l'adhérent(e) : ELHARTI
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
10/01/22	Garde	6		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
15/01/22	Garde	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Chirurgien	Montant de la Facture
	10/01/2022 1024, 20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/01/22	P.C.R.	400 dh
	10/01/22	IG3+IGM	200 dh

Cachet et du Patient	Montant détaillé des Honoraires
4 ampoules buvables D-CURE® AMPOULE Cholécalficérol 25 000 UI Vitamine D3	IV

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée. Le précoché 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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. MERIMI Fatine

Hématologie clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de moelle



الدكتورة مريمي فاتن

أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 10/01/22

Nom / Prénom : El Hadi Abdelmajid

720092

1) Unizite 500 mg

1cp le 1er jour
1/2 cp / J par 6 jours

56,30

2) D. Cne 2500 mg
1cp 1x2
1cp 1x2

3) Ofiben 200mg
1cp x 2 J x 7 jours

4) enox 500 mg
1cp / J x 7 jours

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi, Quartier Palmiers - Casablanca

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 - E-mail: fmerimi25@yahoo.fr

0101
 0102
 0103
 0104
 0105
 0106
 0107
 0108
 0109
 0110
 0111
 0112
 0113
 0114
 0115
 0116
 0117
 0118
 0119
 0120
 0121
 0122
 0123
 0124
 0125
 0126
 0127
 0128
 0129
 0130
 0131
 0132
 0133
 0134
 0135
 0136
 0137
 0138
 0139
 0140
 0141
 0142
 0143
 0144
 0145
 0146
 0147
 0148
 0149
 0150
 0151
 0152
 0153
 0154
 0155
 0156
 0157
 0158
 0159
 0160
 0161
 0162
 0163
 0164
 0165
 0166
 0167
 0168
 0169
 0170
 0171
 0172
 0173
 0174
 0175
 0176
 0177
 0178
 0179
 0180
 0181
 0182
 0183
 0184
 0185
 0186
 0187
 0188
 0189
 0190
 0191
 0192
 0193
 0194
 0195
 0196
 0197
 0198
 0199
 0200
 0201
 0202
 0203
 0204
 0205
 0206
 0207
 0208
 0209
 0210
 0211
 0212
 0213
 0214
 0215
 0216
 0217
 0218
 0219
 0220
 0221
 0222
 0223
 0224
 0225
 0226
 0227
 0228
 0229
 0230
 0231
 0232
 0233
 0234
 0235
 0236
 0237
 0238
 0239
 0240
 0241
 0242
 0243
 0244
 0245
 0246
 0247
 0248
 0249
 0250
 0251
 0252
 0253
 0254
 0255
 0256
 0257
 0258
 0259
 0260
 0261
 0262
 0263
 0264
 0265
 0266
 0267
 0268
 0269
 0270
 0271
 0272
 0273
 0274
 0275
 0276
 0277
 0278
 0279
 0280
 0281
 0282
 0283
 0284
 0285
 0286
 0287
 0288
 0289
 0290
 0291
 0292
 0293
 0294
 0295
 0296
 0297
 0298
 0299
 0300
 0301
 0302
 0303
 0304
 0305
 0306
 0307
 0308
 0309
 0310
 0311
 0312
 0313
 0314
 0315
 0316
 0317
 0318
 0319
 0320
 0321
 0322
 0323
 0324
 0325
 0326
 0327
 0328
 0329
 0330
 0331
 0332
 0333
 0334
 0335
 0336
 0337
 0338
 0339
 0340
 0341
 0342
 0343
 0344
 0345
 0346
 0347
 0348
 0349
 0350
 0351
 0352
 0353
 0354
 0355
 0356
 0357
 0358
 0359
 0360
 0361
 0362
 0363
 0364
 0365
 0366
 0367
 0368
 0369
 0370
 0371
 0372
 0373
 0374
 0375
 0376
 0377
 0378
 0379
 0380
 0381
 0382
 0383
 0384
 0385
 0386
 0387
 0388
 0389
 0390
 0391
 0392
 0393
 0394
 0395
 0396
 0397
 0398
 0399
 0400
 0401
 0402
 0403
 0404
 0405
 0406
 0407
 0408
 0409
 0410
 0411
 0412
 0413
 0414
 0415
 0416
 0417
 0418
 0419
 0420
 0421
 0422
 0423
 0424
 0425
 0426
 0427
 0428
 0429
 0430
 0431
 0432
 0433
 0434
 0435
 0436
 0437
 0438
 0439
 0440
 0441
 0442
 0443
 0444
 0445
 0446
 0447
 0448
 0449
 0450
 0451
 0452
 0453
 0454
 0455
 0456
 0457
 0458
 0459
 0460
 0461
 0462
 0463
 0464
 0465
 0466
 0467
 0468
 0469
 0470
 0471
 0472
 0473
 0474
 0475
 0476
 0477
 0478
 0479
 0480
 0481
 0482
 0483
 0484
 0485
 0486
 0487
 0488
 0489
 0490
 0491
 0492
 0493
 0494
 0495
 0496
 0497
 0498
 0499
 0500
 0501
 0502
 0503
 0504
 0505
 0506
 0507
 0508
 0509
 0510
 0511
 0512
 0513
 0514
 0515
 0516
 0517
 0518
 0519
 0520
 0521
 0522
 0523
 0524
 0525
 0526
 0527
 0528
 0529
 0530
 0531
 0532
 0533
 0534
 0535
 0536
 0537
 0538
 0539
 0540
 0541
 0542
 0543
 0544
 0545
 0546
 0547
 0548
 0549
 0550
 0551
 0552
 0553
 0554
 0555

عن طريق الفم

500 ملغ

إفوكس
ليفوفلوكساسين



EVOX® 500 mg

DCI : Levofloxacin

7 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 340485

7 أقراص ملبسة
قابلة للكسر



LOT: 21625 PER: 08/2024
PPV: 100,10 DH

Ofiken®

Céfixime

200 mg



8 Comprimés pelliculés
Voie orale



LOT 212501 2

EXP 09 23

PPV 97.90 DH



سوطيما
sothema

COMPOSITION :

Céfixime (trihydrate).....200 mg

Excipients.....q.s.p. 1 comprimé pelliculé

MODE, VOIE D'AMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

التركيبية :

سيفيكسيم (على شكل ثلاثي مائي) 200... ملغ

السواغات.....كمية كافية لقرص واحد

الجرعة، طريقة الإستعمال و التحذيرات الخاصة :

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.

يحفظ الدواء في درجة حرارة دون 25°م.

200 ملغ

8 أقراص مغلفة
عن طريق الفم

أوفيكين

سيفيكسيم

Ofiken® 200 mg
Céfixime
Boîte de 8 comprimés pelliculés



Rembourable AMO



سوطيما
sothema

NE PAS LAISSER A LA VUE ET A LA PORTEE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن رؤية ومتناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I/ Tableau A

يعرف بموجب وصفة طبية - قائمة I/ جدول أ



حامل الترخيص للتسويق و المصنع
مختبرات سوطيما

Titulaire de l'AMM/Fabricant

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Ofiken®

Céfixime

200 mg



8 Comprimés pelliculés
Voie orale



LOT 212501 2

EXP 09 23

PPV 97.90 DH



سوطيما
sothema

COMPOSITION :

Céfixime (trihydrate).....200 mg

Excipients.....q.s.p. 1 comprimé pelliculé

MODE, VOIE D'AMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

التركيبية :

سيفيكسيم (على شكل ثلاثي مائي) 200... ملغ
السواغات.....كمية كافية لقرص واحد
الجرعة، طريقة الإستعمال و التحذيرات الخاصة :
اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.
يحفظ الدواء في درجة حرارة دون 25°م.

200 ملغ

8 أقراص مغلفة
عن طريق الفم

أوفيكين

سيفيكسيم

Ofiken® 200 mg
Céfixime
Boîte de 8 comprimés pelliculés



Rembourable AMO

6 118000 022336



سوطيما
sothema

NE PAS LAISSER A LA VUE ET A LA PORTEE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن رؤية ومتناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I/ Tableau A
يعرف بموجب وصفة طبية - قائمة I/ جدول أ



حامل الترخيص للتسويق و المصنع
مختبرات سوطيما

Titulaire de l'AMM/Fabricant
Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Unizitro®

Azithromycine

LOT 21N072

EXP 11/23

PPV 72DH00



Voie Orale



UNIZITRO® 500 mg ○

3 comprimés pelliculés



6 118000 071372

Unizitro®

Azithromycine

LOT 21N072

EXP 11/23

PPV 72DH00



Voie Orale



UNIZITRO® 500 mg ○

3 comprimés pelliculés



6 118000 071372

Dr. MERIMI Fatine

Hématologie clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de moelle



الدكتورة مريمي فاتن

أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 10/07/22

Nom / Prénom : Hani Abdelmajid

test Covid PCR

Serologie Covid
Ig G + Ig M.

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Dr. MERIMI Fatine
Hématologie clinique
Tél : 05 22 77 77 40 à 49
Email : fmerimi25@yahoo.fr
Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi, Quartier Palmiers - Casablanca

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 - E-mail: fmerimi25@yahoo.fr

FACTURE N° : 924 / 22

Dossier réalisé le : 10/01/22 15:46

A l'attention de : **Mr EL HARTI ABDELMAJID**
Identifiant du patient : **21G0005008**

Analyses :

COVID-19 - PCR	B 400	400,00 DHS
----------------	-------	------------

Total dossier : 400,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :
QUATRE CENTS DIRHAMS

**LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE**



FACTURE N° : 925 / 22

Dossier réalisé le : 10/01/22 15:46

A l'attention de : **Mr EL HARTI ABDELMAJID**

Identifiant du patient : **21G0005008**

Analyses :

COVID-19 - Sérologie IgG	B 100	100,00 DHS
COVID-19 - Sérologie IgM	B 100	100,00 DHS

Total dossier : 200,00 DH

**Arrêté la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DIRHAMS**

**LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE**

Identifiant du patient : 21G0005008

Date de naissance : 01/07/1947

Sexe : M

Date de l'examen : 10/01/2022

Prélevé le : 10/01/2022 à 15:46

Edité le : 10/01/2022 à 23:19

Mr EL HARTI ABDELMAJID

Dossier N° : C22011652



DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

SÉROLOGIE

Titre IgG : 0.31 < 1.00
(Technique ELFA)

Titre IgM : 0.31 < 1.00
(Technique ELFA)

CONCLUSION : IgG- IgM- Absence d'IgG et d'IgM. A confronter au contexte clinique et au résultat de la RT-PCR.

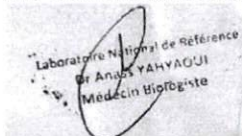
En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.
Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Le 10/01/2022 à 23:19

Signature

Pr. YAHYAOUÏ Anass



Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : 21G0005008

Date de naissance : 01/07/1947

Sexe : M

Date de l'examen : 10/01/2022

Prélevé le : 10/01/2022 à 15:44

Edité le : 10/01/2022 à 21:44

Mr EL HARTI ABDELMAJID

Dossier N° : C22011651



DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement

: Ecouvillon nasopharyngé

CONCLUSION

: ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Le 10/01/2022 à 21:44

Signature

Pr. YAHYAOUI Anass

Laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.