

## 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.



130717

**Déclaration de Maladie : N° P19-0021388**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007371 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASSAM Khadija Date de naissance : 1951  
 Adresse : HAY EL MASSIRAN 88 Bejaia  
 Tél : 0610301898 Total des frais engagés : 42,107 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ASSAM Khadija Age : 71 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : H.T.A.  
 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 : BERTON

Le : 26/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



# 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
25/08/2022		CS	280,00	Dr. ZOUBEIR NADIA Cardiologue N°6 Bd CHOHADA Pte MIFTAH En face de l'Hôpital Régional Beni melal INRE 121182182
			DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE CHIFA Dr. Rachid KSIRI Av Hassan II Hay El Massira INP: 062018981	25/08/22	152,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

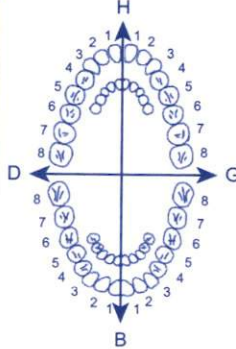
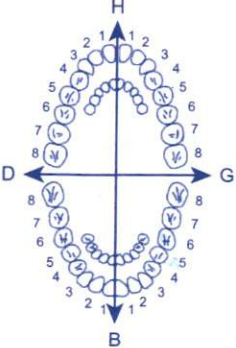
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur ZOUBEIR Nadia

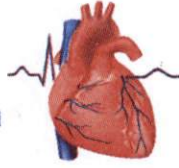
Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital la Timone Marseille France

Diplômée d'échocardiographie de l'université bordeaux France

Ancien cardiologue à l'hôpital régional Béni Mellal



## الدكتورة زبير نادية

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بمرسيليا (فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصية سابقا بمصلحة القلب والشرايين بمستشفى الجهوي بني ملال

Le: 25/08/2022  
Dr. ZOUBEIR NADIA  
Cardiologue  
N°6 Bd CHOHADIA Cité MIFTAH  
En face de l'Hôpital Régional Beni mellal  
INPE 121182182

13,40x2

-1) levothyrox 50g

6,80x2

-2) levothyrox 25mg

36,70

-3) Anxiol. 6mg

75,00

-4) inedo 20g

152,10

2g

PHARMACIE CHIFA  
517,4v Rachid KSIRI  
Boulevard El Hay El Massira  
Tél: 05 23 41 49 52

Dr. ZOUBEIR NADIA  
Cardiologue  
N°6 Bd CHOHADIA Cité MIFTAH  
En face de l'Hôpital Régional Beni mellal  
INPE 121182182

رقم 6 شارع الشهداء حي مفتاح، أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجهوي بني ملال

الهاتف : 05 23 48 41 42 whatsapp : 07 00 10 00 48



EXP:  
Lot:  
Fab:

12/2024  
601E07  
01/2022

**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



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 50µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:  
Lot:  
Fab:

12/2024  
601E07  
01/2022

**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



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

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



7862160336

EXP: 08/2024  
Lot: G01ABY  
Fab: 09/2021

**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



1 CP		MATIN A JEUN
1/2 CP		

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



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

7862160335

EXP: 08/2024  
Lot: G01ABY  
Fab: 09/2021

**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



1 CP		MATIN A JEUN
1/2 CP		

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



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

7862160335

20

ملغ

# إنيزو

## إزوميبرازول

مثبط مضخة البروتون  
يقلص إفراز الحمض على مستوى المعدة



14 كبسولة

صامدة

لعصارة المعدة

عن طريق الفم

LOT: M0783

PER: 05/2024

PPV: 75,00 DH

**Ineso 20 mg** ○

14 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410430

Deva

صنع من طرف :  
مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية شط مقل - الدار البيضاء

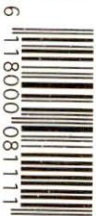


30 قرصا قابلا  
للكسر على أربع

# أنكسيول<sup>®</sup>

برومازيبام  
6 مغ

ANXIOL<sup>®</sup> 6 mg ○  
30 comprimés quadriséables



عن طريق الفم



شركة الصيد  
SPIMACO MAROC

36, 70