

## 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° W21-697509

139-ASA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2779 Société : RAY  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ESSAAF FATIHA  
 Date de naissance : 1/8/57  
 Adresse : 107 Rue Orsuanne Res Redout  
 AP+21  
 Tél. : 0661177480 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2012  
 Nom et prénom du malade : ESSAAF FATIHA  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Thyroïde Coeur v.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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





| 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 |
| 03.10<br>2022                  | G.                | .                     | 2509.00                         | INPE: 091039412<br>  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|   | 03-10-2022 | 488,40                |
|   | 05/10/2022 | 131,20                |

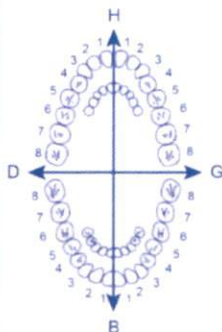
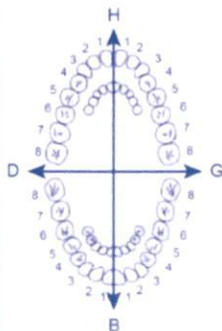
[illegible][illegible]

# 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<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|--|--|---------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|   |  |                     |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                   |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession  |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                     |             | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Sounni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beauséjou  
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

M<sup>me</sup> ESSAAFFatihe

Casablanca, le 03/10/22

267100

LEVOTHYrox 100

S.V.

1 cp le matin à jeun - 6 jours per

49.60x2

Semaine

Duoc Fete

S.V.

1 dose per mois - 6 mois (mois 10 → mois 4)

1 dose tous 2 mois - 6 mois (mois 5 → mois 9)

Pow 12mon

267100

1B Melatonin 180

S.P.  
S.V.

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

119, Bd. B. ANZARANE  
Maârif - CASABLANCA

1150

2B ANXIO 1/4 à besoin

à 1/2

T=488110

S.V.

11111111325

PHARMACIE AL AMANA  
Mme Alami Sounni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beauséjou  
Casablanca Tél : 05 22 39 09 70

119, شارع بنو انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المغاريف - 20100 الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr



PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22C01  
 EXP: 03/2025

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholecalciférol 100 000 UI  
 Vitamine D3



SMB

maroc  
 importateur agréé au Maroc

Importé par :

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

MCP220MA003118  
 09/08/2018

1 2

/ /

3

/ /





PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22C01  
 EXP: 03/2025

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholecalciférol 100 000 UI  
 Vitamine D3



SMB

maroc  
 importateur agréé au Maroc

Importé par :

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

MCP220MA003118  
 09/08/2018

1 2

1 2

3





MCP223MA003118  
09/08/2018

11  
MOTC==40504  
XX==11X/N4  
4

Solution huileuse buvable



محلول زيتي للشرب

كوليكا السيفيرول 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



6118001320103







07/2024  
60176F  
08/2021

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





07/2024  
60176F  
08/2021

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



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 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





07/2024  
60176F  
08/2021

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



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 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





07/2024  
60176F  
08/2021

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



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 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





07/2024  
60176F  
08/2021

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



|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 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





EXP:  
Lot:  
Fab:

08/2024  
601ABY  
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



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



36, 70

②

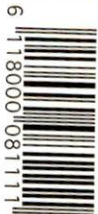
# أنكسيول

برومازيبام  
6 مغ

30 قرصا قابلا  
للانكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○

30 comprimés quadrisécables



عن طريق الفم



سبيماكو الماروك  
SPIMACO MAROC

**ANXIOL®**  
Bromazepam

30 Comprimés  
quadrisécables



36, 70

②

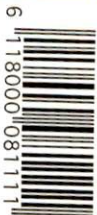
# أنكسيول

برومازيبام  
6 مغ

30 قرصا قابلا  
للانكسر على أربع

ANXIOL® 6 mg ○

30 comprimés quadrisécables



عن طريق الفم



المصنع المغربي  
SPIMACO MAROC

**ANXIOL®**  
Bromazepam

30 Comprimés  
quadrisécables