

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

- Reclamation : 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.

M22- 0022653

10061

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1132

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI Hassan

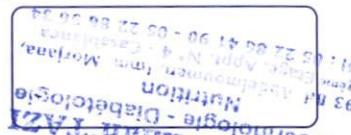
Date de naissance : 24-8-51

Adresse : 35 Lot Salsa bila Bd Abdelhadi Boutaleb
Casa Amja

Tél. : 0661311452 Total des frais engagés : 9159.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/01/2012

Nom et prénom du malade : n-cheddadi HAYAT Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

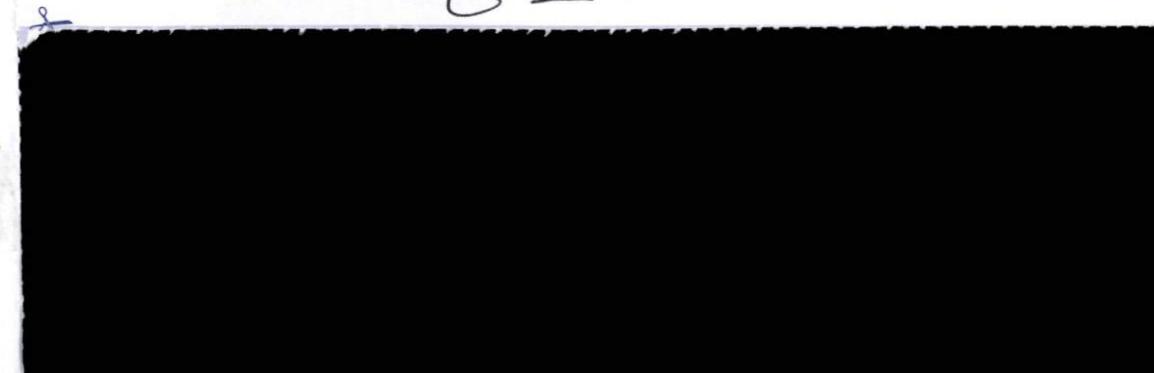
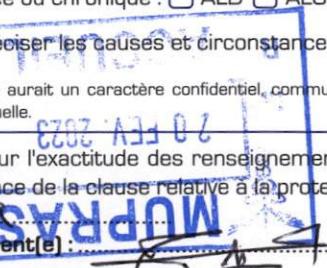
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Le : 20/2/12

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
09/01/2023			300,00	Docteur Otar Dzociridze Nutrition - Diététique 100,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournaiseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2022	

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'ODF.																						
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
					MONTANTS DES SOINS																	
					DEBUT D'EXECUTION																	
					FIN D'EXECUTION																	
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient																
				<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000		00000000		35533411		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H		G																		
		25533412	00000000	21433552	00000000																	
		00000000		00000000																		
35533411		11433553																				
				MONTANTS DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Casablanca le, 09/01/2023

Mme CHEDDADI Hayat

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

FORXIGA 10 mg

1 comprimé le matin avant repas

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas

LÉVOTHYROX 100 µg

1 comprimé le matin à jeun

Traitements pour 03 mois



EXP: 04/2025
Lot: 601J7P
Fab: 05/2022

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

7862160342



EXP: 04/2025
Lot: 601J7P
Fab: 05/2022

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



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

EXP: 04/2025
Lot: 601J7P
Fab: 05/2022

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

7862160342

EXP: 04/2025
Lot: 601J7P
Fab: 05/2022

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

7862160342

28,00



MERCK

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

عن طريق الفم

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف
كلورهيدرات الميتفورمین
30 قرص مغلف

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



merck

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمین



30 قرص مغلف

عن طريق الفم

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



merck

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمین



30 قرص مغلف

عن طريق الفم

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



merck

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمین



30 قرص مغلف

عن طريق الفم

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



merck

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمین



30 قرص مغلف

عن طريق الفم

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



merck

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمین



30 قرص مغلف

عن طريق الفم

LOT 221256
EXP 09/2025
PPV 28.00DH



merck

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

غلوكوناج® 1000 مغ
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمین



30 قرص مغلف

عن طريق الفم