

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22- 0022653

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

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 Salsabila Bd Abdelradi Boutaleb

Casa Anja

Tél. : 0661311452 Total des frais engagés : 985.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2023

Nom et prénom du malade : Cheddadi HAYAT Age :

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

Nature de la maladie : Affection thyroïdienne et Diabète

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 : 20/2/23

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
09/01/2023			300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2023	2869,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

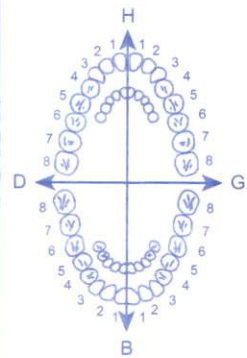
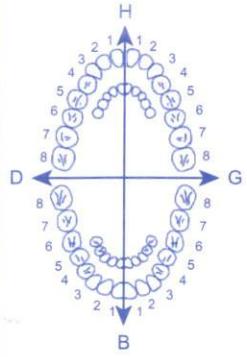
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> <div>G</div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 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 Glycemique

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

Casablanca le, 09/01/2023

**Mme CHEDDADI Hayat**

Maphar  
Bd Aikimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

24/19.00 x 4  
FORXIGA 10 mg

1 comprimé le matin avant repas

28.00 x 2  
GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas

24/1.00 x 4  
LÉVOTHYROX 100 µg

1 comprimé le matin à jeun

Traitement pour 03 mois

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition

293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca  
E-mail : t.otman@wanadoo.fr - Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33



04/2025  
601J7P  
05/2022

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



04/2025  
601J7P  
05/2022

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





04/2025  
601J7P  
05/2022

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



04/2025  
601J7P  
05/2022

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

**Glucophage®** 1000 mg  
Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

**MERCK**

غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين  
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



غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين  
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

غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين  
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 

غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين  
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

غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين  
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



غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيدرات الميتفورمين

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

غلوكوفاج® 1000 مغ  
قرص مغلف

كلورهيترات الميتفورمين  
30 قرص مغلف

عن طريق الفم