

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**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](http://www.mupras.com)

M22- 0019381

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3240

Société : RAH. 159575

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ LEILA

Date de naissance : 05/04/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA 1H 43 N°1  
CASABLANCA

Tél. : 0660619331

Total des frais engagés : 1129,70 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mekki SKIREDJ**  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B5  
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa  
Tél.: 05 22 99 34 14/15

Date de consultation : 02/05/2023

Nom et prénom du malade : Mme SKIREDJ Leila

Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HFA - Depressione

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : C.NINIA

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) :

### 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
02-5-23	C			Dr. Mekki SAIREDJ Résidence Bel Ombre Porte Casablanca Rue Ibnou Nafis Maârif Casablanca Tél: 06 22 99 74 14/15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/5/23	11297001

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

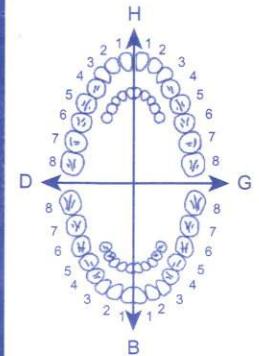
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

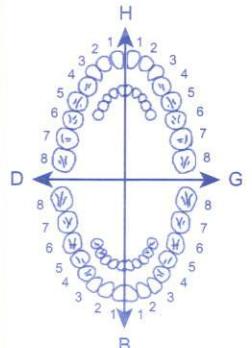
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



#### [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. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations  
de la Colonne Vertebrale  
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montp

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكريج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري  
خريج كلية الطب بجامعة بوليفي  
التطبيقي اليدوي  
فحص المفاصل بالصدى

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Casablanca, le 02.05.23

1200 X 3  
1 - I Rve le 150mg  
979 - 1 - 0 - 1  
2 - Ket done 20 mg  
1141-X2 1/2 CP le soin  
3 - Crestor 05 mg  
898-X2 1 CP le soin apres - le dîner  
4 - Levothry 100 mg  
18600 X2 1 CP le matin 1/2 heure avant le petit  
5 - Ci dient 10 mg TAN 32381X  
35700 X2 1 CP le matin  
6 - Alpraz 0,5 mg TAN 323581Y  
1/2 - 1/2 - 1  
112970



Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Dr. Mekki SKIREDJ  
RHUMATOLOGUE  
Résidence Ben Omar Porte B 5  
Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa

Tél.: 05 22 99 34 14 / 05 22 99 34 15

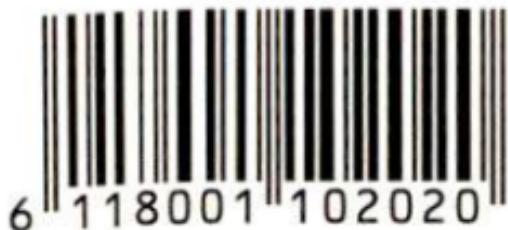
إقامة بن عمر - الباب B - زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعريف - البيضاء 4  
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa

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

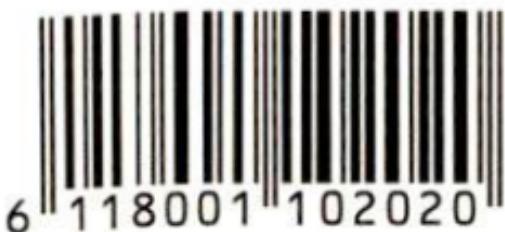
7862160342

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

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,

20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

# سيلونترا<sup>®</sup>

## إسيتالوبرام

CILENTRA<sup>®</sup>10 mg

Boîte de 28 Comprimés

pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملغ

28 قرصا ملمسا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

سيلونترا®

إسيتالوبرام

PPV: 126 DH 00

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملぐ

28 قرصا ملمسا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

سيلونترا®

إسيتالوبرام

PPV: 126 DH 00

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملぐ

28 قرصا ملمسا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

Made for CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH, Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Germany



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

**BOTTU SA**  
**PPV : 97 DH 90**

GT008 02/2021  
LOT/BATCH 01/2024  
Fab/Mfg EXP

GTIN 04260095685193

**Composition:**

chlorhydrate de bétaxolol / betaxolol hydrochloride ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé / Excipients q.s.f. one tablet

Excipients ayant un effet notoire : cellulose microcristalline, hypromellose, lactose.

Excipients known to have a recognized effect: microcrystalline cellulose, hypromellose, lactose.

**Fabricant / Manufacturer / المصنع**

Sanofi Winthrop Industrie - 30-36, avenue Gustave Eiffel - 37100 Tours - France

Médicament autorisé / دواء مرخص تحت رقم / Authorized medicine n° 325 494.2

يجب لبع الأقراص مع شراب بدون مضتها.  
تحذيرات خاصة: لا ينصح بذلك أبداً إيقاف علاجك بشكل مفاجئ من دون استشارة الطبيب.

التركيب: 20 ملخ  
كlorhydrat betaxolol .....  
سواغات ينكية كافية لقرص واحد.  
سواغات ذات التأثير المعلوم سولونز تغليف البلاستيك، هيدروجين، لاكتيك.

اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.  
يحفظ بعيداً عن نظر ومتداول الأطفال.

كرلون® 20 ملخ  
بيتاكرزولول

عن طريق الفم

28 قرصاً ملتفاً قابلاً للتجزئة

**Kerlone® 20 mg**  
bétaxolol / betaxolol

# آلپرازولام أَلْپَرَازَولَام



0,5  
ملبغ



28 قرصاً قابلاً للإِلْعَالَةِ  
عن طريق

LOT	223839	1
EXP	1.1.2025	
PPV	35.70	

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الملدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النوم

# آلپرازان

البرازولام



0,5  
ملبغ



28 قرصاً قابلاً للإذابة  
عن طريق

LOT	223839	1
EXP	1.1.2025	
PPV	35.70	

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الليلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النوم

# آلپرازولام Alprazolam



0,5  
ملبغ



28 قرصاً قابلاً للإذابة  
عن طريق

LOT	223839	1
EXP	1.1.2025	
PPV	35.70	

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الليلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد

# آلپرازولام Alprazolam



0,5  
ملبغ



28 قرصاً قابلاً للإذابة  
عن طريق

LOT	223839	1
EXP	1.1.2025	
PPV	35.70	

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الليلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد



IrbéSartan

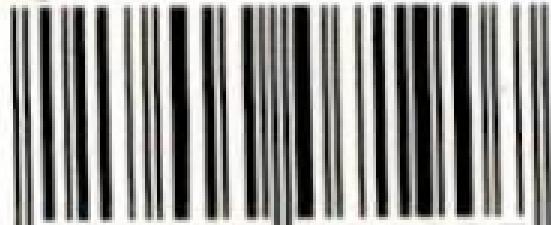
IRVEL®

28  
comprim



110,00

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



IrbéSartan

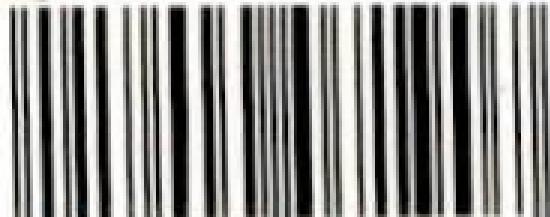
IRVEL®

28  
comprim



110,00

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



IrbéSartan

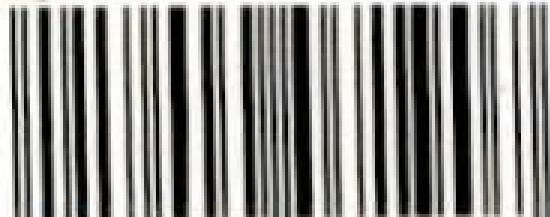
IRVEL®

28  
comprim



110,00

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907