

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0046104

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1132 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 180876
Nom & Prénom : CHEDDADI Hassan
Date de naissance : 24-8-51
Adresse : 35 Lot Salsabila Bd Abdelhadi Boutaleb
Anfa Casablanca
Tél : 0661311452 Total des frais engagés : 2888.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/10/23
Nom et prénom du malade : M. CHEDDADI Hassan
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleurs + Affection thyroïdienne
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 : ... Le : 30/10/23
Signature de : ...

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
04/10/2023			300,	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/2023	1983,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

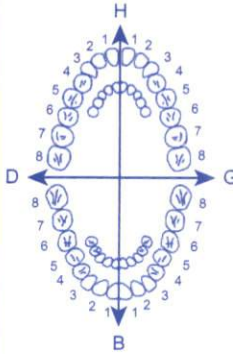
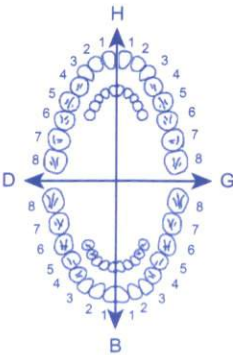
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

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

Casablanca le, 04/10/2023

Mme CHEDDADI Hayat

419,00x4
FORXIGA 10 mg

1 comprimé le matin avant repas

28,00x7
GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas

24,40x4
LÉVOTHYROX 112,5 µg par jour soit :

6,80x2 Lévothyrox 100 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1/2 comprimé le matin à jeun

Traitement pour 03 mois

1983,20



Docteur Otman TAZI
Endocrinologue - Diabétologue
293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca
Tél. : 05 22 86 56 34 - 05 22 86 56 34

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

28,00



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

28,00



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

28,00



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

28,00



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

28,00



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

28,00



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

28,00



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



10/2025
G01QUR
11/2022

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 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



10/2025
G01QUR
11/2022

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



1 CP		MATIN
1/2 CP	,	A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



04/2025
601 J7P
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



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



04/2025
601 J7P
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



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



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



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