

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

M22- 0047055

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1445 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Decole
 Nom & Prénom : Rich AS Jerahmane
 Date de naissance : 02/06/1937
 Adresse : Hay Mandarona rue N° 155 Minch
 Casablanca
 Tél : 069898867 Total des frais engagés : 2166 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr SAATI HALIMA
 Date de consultation : 07/11/2023
 Nom et prénom du malade : HARK F. Hina Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : maladies multiples chroniques
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Diabète, HTA, artériosclérose
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dyslipidémie


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 : Casablanca Le : 08/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
07/11/2023		CG		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2023	2166DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

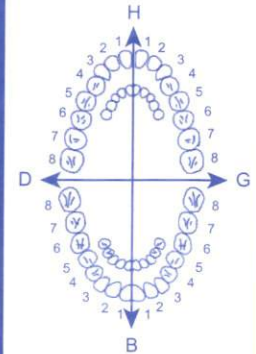
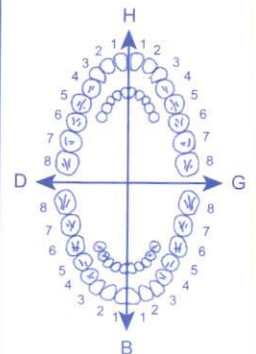
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

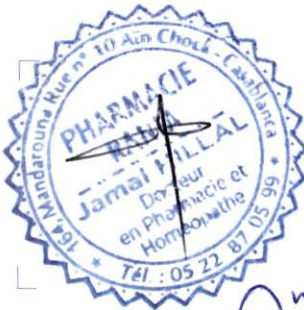
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>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

ORDONNANCE



Le : 08/11/2023

N° Hamak Fatima

9x78,7=708,3

1 Diamicon 60

7x73,40=513,8 lcy x 2 l
2/ Sinvacol 40

4x140=560 lcy bdr
3 l vels 20

35x2=70 lcy
41 ADO 1g
43,3=43,3

5x13,4=67 lcy x 3 l
5/ brothygro x 50
lcy

(N° 9)

(N° 7)

bate de 56 (N° 4)

bate de 60 (N° 2)

bate de 90 (N° 1)

Dr SAATI HALIMA
الطبيبة المتخصصة في أمراض الجهاز الهضمي
Hepato-gastro-entérologie
et Proctologie
INPEX 121248983

TSVP

$$68,80 \times 2 = 137,6$$

6/ Cartesol LP collige. (N°2)

$$22 \times 3 = 66 \quad 2 \text{ gouttes } \times 2$$

7/ clastic lomy (N°3)

$$T = 2166 \quad \text{e.g.}$$



Dr. SAATHALIMA
Hépatogastro-entérologue
et Proctologue
INPE: 121248983

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270040

○ LOT/عيار

FAB/ تاريخ الانتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

H9025

11-2022

10-2024

PPV: 68,80 DHS

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270040

○ LOT/عيار

FAB/ تاريخ الانتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

H8475

05-2022

04-2024

PPV: 68,80 DH

78,70

78,70

78,70

73,40

73,40

73,40

73,40

73,40

73,40

73,40

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® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

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® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

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® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

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® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

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® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

ADO® 1g,

Boîte de 99 comprimés pelliculés



6 118000 092469

43,30

ADO 1g.

~~Boîte de 60 comprimés pelliculés~~



6 118000 092452

35,00

ADO 1g.

~~Boîte de 60 comprimés pelliculés~~



6 118000 092452

35,00

Carton 10x10 boîte de 10 comprimés



LOT : 2228

PER : 08-25

P.P.V : 22 DH 00

كلارت

لوراتادين

مضاد للحساسية

10 أقراص

كلارتيك

LOT : 5386

PER : 12 - 25

P.P.V : 22 DH 00

لوراتادين

10 مغ

كلارتيك

10 مغ

لوراتادين

مضاد للحساسية

LOT : 3855

PER : 04 - 26

P.P.V : 22 DH 00