

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M21- 0058685

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0541 Société : ND 194655

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIRAR Mustapha

Date de naissance : 22/03/46

Adresse : Res. Bab Raha In I Apt 102 Route de Zennar
Dar Bouazza - Casa

Tél. : 0633195827 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2024

Nom et prénom du malade : Dirar Mustapha Age :

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

Nature de la maladie : Maladie infectieuse

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) : [Signature]

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
19/01/2024				Dr TASSINE HANAE Médecine Interne 061325874

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUHI AMINA Dar Bouazza BP 93 Tél: 05 22 29 01 74	19/01/24	1061,60
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUHI AMINA Dar Bouazza BP 93 Tél: 05 22 29 01 74	23/01/24	321,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

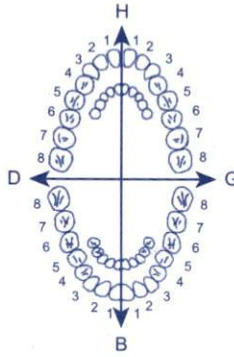
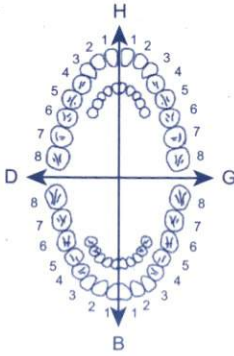
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Dr. TASSINE Hanae
Spécialiste en Médecine Interne
INPE: 090325874

ORDONNANCE

M. Dirar
Mustapha

Bouskoura, le : 19/01/2024.

43,30

① ADO 4g

273,00

1 cp ljr.

② Exforge 10/160mg

30,70

1 cp ljr.

③ Kardegic 75mg

136,70

1 sachet ljr.

④ Uradox 2mg

1 cp ljr le soir.

⑤ Simvastatine 20mg

91,00

1 cp ljr

LOT BA31455
EXP 11/2024

PPV : 161 DH 80

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI AMINA
Dar Bouazza Ouled Jerrar
BP.93 Dar Bouazza
Tél: 05 22 29 01 74

Hôpital Universitaire International
Dr. TASSINE Hanae
Médecine Interne
INPE: 090325874

TPSV

⑥ D-cure forte

3x49,60

1 amp 145 jrs.  pot 02 mois

16,80 puis 1 amp 1 mois. pot 03 mois.

⑦ Tiova.

50.00 1 gel inhalée 1 j



Dr. TASSINE Hanane
Spécialiste en Médecine Interne
INPE: 061325874

⑧ Augmentin. 1g.

126,30

1 sachet par jour pendant 2 jours puis
arrêt.



TH 1 mois

706 1,60

Dr. TASSINE Hanane
Spécialiste en Médecine Interne
INPE: 061325874

KARDEGIC 150MG
SACHETS B30
P.P.V.: 350H70
LOT: 29E005
PER: 03 2025
1180011081189

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI AMINA
Dar Bouazza Ouled Jerrar
BP.93 Dar Bouazza
Tél: 05 22 29 01 74

PPV: 49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3



SMB

Importé par : **Ergo Maroc**
100% Marocain

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

CP220MA003118
09/08/2018

1 2

1 2

3

3 ... / . .



PPV:49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalfitérol 100 000 UI
Vitamine D3



SMB

Importé par :
Ergo
maroc
Laboratoire Ergo Maroc
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

Composition :

MCP220MA003118
09/08/2018

1 2

/ /

3

/



PPV:49,60 DH
LOT: 23H10
EXP: 08/2026

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalfitérol 100 000 UI
Vitamine D3



SMB

Importé par :
Ergo
maroc
Laboratoire Ergo Maroc
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

Composition :

MCP220MA003118
09/08/2018

1 2

/ /

3

/



Staticol[®] 20 mg

Simvastatine

28 Comprimés enrobés sécables

91,00

أورادوكس[®] 2 مغ[®] 

دوكسازوسين

URADOX[®] 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصا

قابلا للقسر

LOT : 135

PER : SEP 2025

PPV : 136 DH 70



Doxazosine

URADOX[®] 2mg



معهد الصيدلة

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103060 6

EXFORGE ○

10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

43,30



M. Dirar.

Mustapha.

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 23/01/2024.

321,00

Kayexalate.



1 cuillère mesure par jour.

(1 fois).

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qt.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Kayexalate 464g 1F
P.P.V : 321,00 DH



PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI AMINA
Dar Bouazza Ouled Jerrar
BP.93 Dar Bouazza
Tél : 05 22 29 01 74

DR. TASSINE Hana
Spécialiste en Médecine Interne
INPE: 061325874