

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

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

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



ND: 32463

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015027

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Henri Abdouman Date de naissance : 01/11/1946  
Adresse : Résidence New Amine, My Abdellah / Tadjik  
Tél. : 06 72 82 5137 Total des frais engagés : 575,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR CHAOUKI Youssef  
Spécialiste en Médecine  
de Travail  
Médecin d'urgence  
Diabetologie Echographie  
Tél : 0661 39 40 13

Date de consultation : 08/07/2020  
Nom et prénom du malade : Henri Abdouman Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : infarctus aort + dyslip.  
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 : Casablanca Le : 10/07/2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
8/2/2020	VN		200,00	<b>DR CHAOUKI YOUSSEF</b> Spécialiste en Médecine de Travail Médecin d'urgence Diabétologie Echographie Tél: 0661 59 40 13

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL KADRI</b> DR. AMRANI Mohamed 41 LUL EL KEM SIDI BOUVID 31-38-88-88	8/2/2020	325,50

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	G	00000000	00000000												
	B	35533411	11433553												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR CHAOUKI YOUSSEF

OMNIPRATICIEN

CERTIFICAT D' ECHOGRAPHIE

UNIVERSITÉ HASSAN II

DU Diabétologie et nutrition

Université de Bordeaux France



الدكتور شوقي يوسف

الطب العام

شهادة للفحص بالصدى

جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء

دبلوم داء السكري والتغذية

جامعة بوردو فرنسا

El Jadida le: 08/07/2022

Henri Abdesslam

Handwritten medical notes and stamps. The notes include various measurements and names: 42, 102, 16, 84, 2, 100, 375, 50. The stamps are circular and contain the number 27. The text is written in Arabic and French.

DR CHAOUKI YOUSSEF  
Specialiste en Médecine  
de Travail  
Urgence  
Diabétologie et Nutrition  
Tél: 05 23 34 01 65 - GSM: 06 64 55 60 88



2 Imm 21 Résid Oum Rabi Hay Essalam El Jadida

Tél: 05 23 34 01 65 - GSM: 06 64 55 60 88



کلورہیدرات تامسولوزین

80% de 30 gélules à libération

prolongée  
Voie orale



6118001300556



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MORRISVILLE, NC

**Composition :**

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) ..... 0.4 mg.  
Excipients q.s.p. une gélule.

**Excipient à effet notoire :** Jaune orangé S (E110),  
rouge cochenille A (E124), azorubine (E122).

Indications, contre-indications, posologie et précautions d'emploi: Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

التركيبية:

كلور هيدرات ثامسولوزين (ت. د. م) ..... 0.4 ملغ.  
الأسبغة كمية كافية للألوان. كملاحظة.

الأسوغة ذات تأثير معروف: أصفر برتقالي من (E110)

أحمر قرمزي (E124). أزورين (E122)  
الإرشادات العلاجية. موانع الاستعمال. الجرعة

و احتياطات الاستعمال : اقرأ النشرة بالداخل .  
يحفظ بعيداً عن متناول و مداعاة الأطفال .

الحفظ لم. درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

احتفظ لي بدرجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

**CONTIFLO® 1D**

PPV: 109DH7C

**30 Gélules**  
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

**CONTEFLO®**

Chlorhydrate de Tamsulosine

**30** Gélules  
à libération  
prolongée

Voie orale

0.4 mg

GTIN: 18901296110185  
Lot: AA95210  
EXP: 10/2021  
SN: BH129313967500



**PREDNI 20**

Coar

Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés  
sécables  
effervescent

20 x

DURÉE MATIN MIDI SOIR

COOPER  
PHARMA

41, Rue Med Dineuri 20110 Casablanca  
Amina DAOUDI Pharmacien Responsable

LOT N°:

UT. AV :

PPV :

**Ofiken®**  
Céfixime

**200 mg**



**8** Comprimés pelliculés

Voie orale

LOT 171000 3

UT AV 05 19

PPV 102.00 DH

--	--	--	--	--

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيما  
sothema

# سهو فـر ان

SOUFRANE 2P CENT  
Solution pour pulvérisation nasale

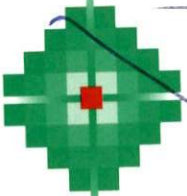


١٠٠ المائنة



تيمو فينيكروكسيلاات الصوديوم  
محلول للرش  
في الأنف  
قنينة من 20 مل

VOIE ORALE



18 GELULES

®

# MIGRALGINE

16,30

PPV:21DH50  
PER:03/19  
LOT:G731



ALER-Z 10mg

28 comprimés pelliculés



10 ملغ  
عبر الفم



أقراص مغلفة

28 x

مدة : ☐ صباح ☐ زوال ☐ مساء

LOT: 170611  
PER: 04-20  
PPV: 84,00DH

10 mg  
Voie orale

ALER-Z  
Cetirizine

Comprimés pelliculés

28 x