

**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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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

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° P19- 065884

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société : 39254
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : CHERIF ALAMI Nacha Née Ben abdellah
 Date de naissance : 12.07.61
 Adresse : I DEM
 Tél. : 066188491 Total des frais engagés : 1060,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/08/2020
 Nom et prénom du malade : CHERIF ALAMI Nacha Age : 1961
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Thyroïde des Carac. n° 03
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 24/08/2020

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
26.08.90	R	2	2590	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.08.90	810,60

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
		A M	P C	I M	I V	

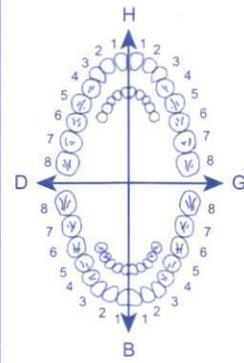
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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"/>

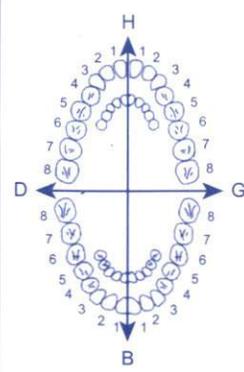


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Dr. CHEUF ALAMI Nadia

Casablanca, le : 24/08/2020

LEVOTHYROXIN 100 (24,40 x 12) 292,80

1cp le matin - 0 feui - 5 jours / 7

lenothyrox 50 (13,40 x 3) 40,20

1cp 1/2 l - 75 - 2 jours / 7 (9,80 x 5) 34

glucophage 500 (20,8 x 4) 83,20

1 le soir (ou repas)

Duave Fule 49,60

1 dose le matin 2 fois

2B TAHOR 20 103

1B low 4 mois - 79,20

1B THOEMAX 115 79,8

my ederm pommede

poudre 49,60

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40
6 118000 250807

Laboratoires
Pflizer S.A.

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE

119, Bd. BIR ANZARANE

Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334

6 118001 1020
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30

20,80

6 118001 102
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables
PPV: 13,

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

20,80

seles

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel
B-6900 MARCHÉ-EN-FRANCAIS, Belgique. 6

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

COOPER PHARMA 100 µg
PPM: 6,80 DH
BLES

611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

2160334

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

20,80

20,80

MYCODERME®

nitrate d'éconazole

LOT: 08219003 Poudre
PER: 03-2024
PPU: 49,00 DH

30 grammes

Usage externe

Liste I : Uniquement sur ordonnance.

TAHOR 10 mg
Boite de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab: 05 / 2019 Date Exp: 04 / 2022
ppv 79.00 DH

TITULAIRE : PFIZER TUNISIE

Immeuble Royal Garden, Avenue Ennahd, Cité les Pins,

Les Berges du Lac2 Tunis - 1053 - Tunisie

Fabriqué par Pfizer Tunisie - Fondouk Choucha

2013 Ben Amroun - Tunisie

Avec l'autorisation de Pfizer Inc - New York - USA

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km 0,5 Route de Oualidia 24000 El Jadida

6 118000 250340

Laboratoires
Pfizer
S.A.

ZITHROMAX®
azithromycine 500 mg

ZITHROMAX 500mg
Boîte de 03 comprimés

Lot: 1275453

Date Fab: 06/2019 Date Exp: 06/2021
PPV 7/20 Dri

Respecter les doses prescrites

Composition : Un comprimé contient du Dihydrate d'azithromycine équivalent à 500 mg d'azithromycine.
Excipient à effet notoire : Lactose
Conditions d'emploi : se reporter à la notice - voie orale
Ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale. Liste I
Le médicament doit être maintenu hors de la portée des enfants.

ET212083U

ZITHROMAX®
azithromycine 500 mg



3 Comprimés
sécables

ZITHROMAX® 500 mg
azithromycine

3 Comprimés sécables

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
Km 0,5 Route de Oualidia 24000 El Jadida

6 118000 250500

Laboratoires
Pfizer S.A.