

# 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 065884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société : 39251

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERIF ALAMI Nache Née Ben Abdelhak

Date de naissance : 12.07.61

Adresse : I DE M

Tél. : 066188421 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 Nache Age : 1961

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

Nature de la maladie : Diabète Type 2 des Canaux 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 : Le : 24/08/2020

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
20/08/20	C	2	2590	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZEMMAMA N°1 Avenue du Phare - Résidence 2° Azou - Casablanca Tél : 05 21 29 55 64	26.08.20	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 :

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  G  00000000  00000000  35533411  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جويويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Dr. CHEOUF ALAMI Nadia

Casablanca, le : 24/08/2020

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

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

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

1 cp 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)

Dauve Fule 49,60

1 dose le soir 2 mois

2B TAHOR 20 103

1B le soir 4 mois - 79,20

1B ZITHROMAX 15j. 79,80

myoderm pommade

1B poudre 49,60

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40

6118000250807

Laboratoires  
Pharm S.A.

Pharmacie Lahjima  
Z. AMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Maarif - 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

GLUCOPHAGE® 500  
COMPRIMÉS PELLETÉS  
6 118000 080626

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

ables

SAB TECHNICOOL S.A.  
39 rue du Parc Industriel  
B-6900 MARCHE-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  
PPM: 6,80 DH  
ique  
BLES

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

2180334

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 Amrou - Tunisie

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

**Laboratoires Pfizer S.A. Maroc**

Km 0,5 Route de Oualidia 2400 El Jadida

6 118000 250340

Laboratoires  
Pfizer S.A.

**ZITHROMAX®**  
azithromycine 500 mg

ZITHROMAX 500mg  
Boîte de 03 comprimés

Lot: 1275453

Date Exp: 06/2019 Date Exp: 06/2021  
PPV 7000 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

6118000250500

Laboratoires  
Pfizer S.A.