

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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

N° P19- 049520

ND: 50198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1132 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI Hassan

Date de naissance : 24-8-51

Adresse : 35 lot Salsabila Rd d'Agemmour Casa

Tél. : 0661311452 Total des frais engagés : 519,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2020

Nom et prénom du malade : A. CHEDDADI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Affection Longue Durée

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 : Casa

Le : 7/12/20

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
26/11/2020				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.11.2020	269,80

# 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 canalaires, 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

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G	
	B		
			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

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 26/11/2020

Mme CHEDDADI Hayat

28,00 x 7

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

24,40 x 3

LÉVOTHYROX 100 µg

1 comprimé le matin à jeun (pendant 03 mois)

T = 269,20



Docteur Otman TAZI  
Endocrinologue - Diabétologue  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca  
Tel : 05 24 69 41 90 / 05 24 66 56 34

**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® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

10/2022  
G00DT9  
11/2019

EXP:  
Lot:  
Fab:

**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® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

10/2022  
G00DT9  
11/2019

EXP:  
Lot:  
Fab:

**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® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

10/2022  
G00DT9  
11/2019

EXP:  
Lot:  
Fab:

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

**غلوكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف

عن طريق الفم

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

**غلوكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

**غلوكوفاج 1000 مغ**

كلورهيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

تغليكوفاج 1000 مغ

كلورهيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

تغليكوفاج 1000 مغ

كلورهيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

تغليكوفاج 1000 مغ

كلورهيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف

LOT 200172  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



Merck Serono

**Glucophage.** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale



30 Comprimés pelliculés

تغليكوفاج 1000 مغ

كلورهيدرات الميتفورمين

عن طريق الفم

30 قرص مغلف