

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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° M21- 0056769

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

34853

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6416 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATEMI Ahmed

Date de naissance :

Adresse : 246, Av Prince Henri Res ALKARAM 1

Etg 2 N° 39 Tanger

Tél. : 0539942488 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SQALLI HOUSSAM Ghita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A
Tél. : 05 39 94 05 77 - TANGER

Date de consultation : 15 / 11 / 2021

Nom et prénom du malade : LAHLOU MARIA Age : 1950

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

Nature de la maladie : Syndrome algique diffus

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 : Tanger Le : 15 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : "O. S." Dr. SQALLI HOUSSAM Ghita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A
Tél. : 05 39 94 05 77 - TANGER

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
15/11/21	CS		250 Dix	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/21	649,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

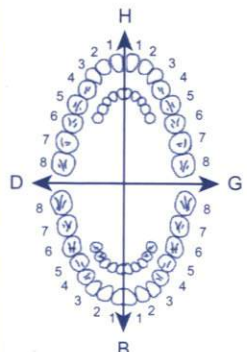
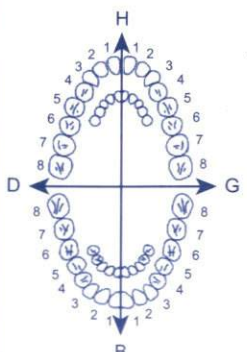
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
					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 Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie
Osteo-articulaire



الدكتورة صقلي حميتي غيثة

طبيبة اختصاصية في أمراض
العظام و المفاصل و الروماتيزم
إيكوغرافيا العظام و المفاصل

طنجة ، في 15 أكتوبر
Tanger, le 15/10/2017

Mme Lahcen Nairi

- ① 149,50
Cura fbc 7,5
1 sachet 1g p d 20 jours
- ② 196,00
Kalmilide 7,5
1 cp x 21g p d 2 mois
- ③ Nagmine 300mg
1 cp 1g le soir p d 2 mois
- ④ 1400
Doliprane 1g 7,5
1 cp x 31g à la demande

Dr. SQALLI HOUSSAINI Ghita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er étage App. 4 Q. 4
Tél.: 05 39 94 05 77 - TANGER

Dr. SQALLI HOUSSAINI Ghita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er étage App. 4 Q. 4
Tél.: 05 39 94 05 77 - TANGER

(5) Hydro f. bsc
94.00 1 yr x 31g p d 10 gms

649,50

~~Dr. SOALI HOUSSEINI Chita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Res.
Najib 1er Etage Apt. 4
Tel.: 05 39 94 05 77 - TANGER~~

~~PHARMACIE SAÏDI ALLAH
12, Av. Mly Driss 2er. Res. El Kheir
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER
N°PE: 132015960
N°E: 001653076000077~~

KALMÍLÍDER

Extrait de Safrán

60 Gélules



KALMILIDER 60 GELULES

LOT: 210001

PER : 04/2024

PRIX : 196 DH

Importé et Distribué par : PEGASUS PHARMA

Siège et Direction Commerciale, TANGER

Tél : 0539 94 41 51 Fax: 0539 30 04 53

E-mail : pegasuspharma@outlook.com

Numéro d'autorisation : DA20181603243DMP/20UCA/MA v2

Ingrédients : 15 mg d'extrait sec de safran
(Corcus sativus), Standardisé à 2% dans Safranai,
Q.S.P Excipient (Gélatine végétale).

Présentation : 60 Gélules

Poids net : 32 g aprox

Conserver dans un endroit frais et sec.

Fabriqué dans l'U.E.

Lot et consommer de préférence avant fin
de (mois/année) : Voir emballage

Dose : 2 gélules par jour.

Complément Alimentaire, ce n'est pas un médicament

Nutriments et autres ingrédients	2 Gélules
Safran	30 mg



210001
04/2024



Importé et Distribué par : PEGASUS PHARMA

Siège et Direction Commerciale, TANGER

Tél : 0539 94 41 51 Fax: 0539 30 04 53

E-mail : pegasuspharma@outlook.com

Numéro d'autorisation : DA20181603243DMP/20UCA/MA v2

KALMÍLÍDER

Extrait de Safrán
60 Gélules



Importé et Distribué par : PEGASUS PHARMA

Siège et Direction Commerciale, TANGER

Tél : 0539 94 41 51 Fax: 0539 30 04 53

E-mail : pegasuspharma@outlook.com

Numéro d'autorisation : DA20181603243DMP/20UCA/MA v2

KALMILIDER 60 GELULES

LOT: 210001

PER : 04/2024

PRIX : 196 DH

Ingrédients : 15 mg d'extrait sec de safran
(Corcus sativus), Standardisé à 2% dans Safranai,
Q.S.P Excipient (Gélatine végétale).

Présentation : 60 Gélules

Poids net : 32 g aprox

Conserver dans un endroit frais et sec.

Fabriqué dans l'U.E.

Lot et consommer de préférence avant fin
de (mois/année) : Voir emballage

Dose : 2 gélules par jour.

Complément Alimentaire, ce n'est pas un médicament

Nutriments et autres ingrédients	2 Gélules
Safran	30 mg



210001
04/2024

Importé et Distribué par : PEGASUS PHARMA

Siège et Direction Commerciale, TANGER

Tél : 0539 94 41 51 Fax: 0539 30 04 53

E-mail : pegasuspharma@outlook.com

Numéro d'autorisation : DA20181603243DMP/20UCA/MA v2



دولبران 1000

بارا صيطامول



Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 comprimés



أقراص

ب
82. ممر الكازاريناس - عين الصنع - الدار البيضاء
من الصيدلي - صيدلي مسلول

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

b
bottu s.a.
42, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00
PER: 07/24
LOT: K2117

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT426

A consommer de

préférence avant le :

07/2024

PPC : 149,50 DH



MYDOFLEX[®]
Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale

 **LABATEC**

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

LOT: 3849

EXP: 10 2023



PHARMACIE Bismi Allah

12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER ICE : 001555076000077

B P:164-640-212-1102707500009-80

Tél : 0539941010/0539341919.

Patente : 50487909

FAX : 05-39-34-12-12

CNSS : 6294318

R.C. : 42012

I.F. : 81110975

Facture N° 893 065 Du 15/11/2021

mme maria lahlou

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
PG	CURAFLEX 20 SACHETS	1	149,50	149,50
CO	KALMILIDER 60 CO	2	196,00	392,00
CO	DOLIPRANE 1GR CES	1	14,00	14,00
CO	MYDOFLEX 150 MG BTE 30	1	94,00	94,00
4	Total	5		649,50

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENT QUARANTE-NEUF DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIMES

PHARMACIE Bismi Allah
12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER
Tél: 05 39 34 12 12
ICE: 001555076000077