

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

## litions 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.

N° M21- 0056769

Optique 34853  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6116 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FATEMI Ahmed

Date de naissance :

Adresse : 1416, Av Prince Henri Res ALIKARAM

Etg 2 N° 39 Tanger

Tél. : 05 39 84 24 88 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SQALLI HOUSSAINI Chita  
RHUMATOLOGUE  
Rue Oumar Ibn Al Khattab Rés.  
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A  
Tel. : 05 39 94 05 77 - TANGER

Date de consultation : 15/11/2021

Nom et prénom du malade : LAHLOU MARIA Age : 1954

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) :



Dr. SQALLI HOUSSAINI Chita  
RHUMATOLOGUE  
Rue Oumar Ibn Al Khattab Rés.  
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A  
Tel. : 05 39 94 05 77 - TANGER

## RELEVE 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
15/11/2018	05		250 DIT	<i>SAOULI ROUSSAINI HUMATOLOGUE 1er Etage Apt. 101 94 05 77 - 11 11 11</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES PARIS CE 1000077 05 35 94 10 60	16/11/2015	649,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d...

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

## Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie  
Osteo-articulaire



الدكتورة سقلة حمتي غيتة

طبيبة اختصاصية في أمراض  
العظام والمفاصل والروماتيزم  
إيكوغرافيا العظام والمفاصل

Tanger, le 15/11/2002  
طنجة، في

Mme Lahcen Farida

① 149,50

curuflex 75

DR. SQUALLI HOUMAINE GHITA  
DR. RHUMATOLOGUE  
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.  
Najib 1er Etage App. 4  
TAN. FR  
tel.: 05 39 94 05 77

1 sachet 1g. pd 20 jours

② 196,00

halmilide 75

1 cp x 21g. pd 2 mois

③

Nagynine 300mg

1 cp/1g le soir pd 2 mois

1400  
4

Doliprane 1g

1 cp x 3/1g. à la

DR. SQUALLI HOUMAINE GHITA  
DR. RHUMATOLOGUE  
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.  
Najib 1er Etage App. 4  
TAN. FR  
tel.: 05 39 94 05 77

شارع عمر بن الخطاب، إقامة نجيب، الطابق الأول شقة 4 الحي الإداري - طنجة

Rue Omar Ibn Al Khattab, Rés. Najib 1er étage App.4, Quartier Administratif - Tanger

Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - Gsm : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

(5)

Hydrofloc

45,00

1 kg x 3 kg p 750 g

649,50

Dr. SALLI HOSSAINI Chita  
RHUMATOLOGUE  
Rue Ouar Ibu Al Khattab Res  
Naib 1er Etage Appart. 101  
Tél: 05 39 94 05 77 - TANGER

ALI  
PHARMACIE BISAT ALLAH  
12, Av. Mly Driss 221, Res. EL Kheir  
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER  
TPE: 112015960  
TPE: 001551076000077

# KALMÍLIDER

## 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](mailto:pegasuspharma@outlook.com)

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

**Ingrediénts :** 15 mg d'extrait sec de safran (Corcus sativus), Standardisé à 2% dans Safranal, 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](mailto:pegasuspharma@outlook.com)

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



8 435110 850122

# KALMÍLIDER

## 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](mailto:pegasuspharma@outlook.com)

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

**Ingrediénts :** 15 mg d'extrait sec de safran (Corcus sativus), Standardisé à 2% dans Safranal, 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](mailto:pegasuspharma@outlook.com)

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



8 435110 850122

لـ ١٠٠٠

1000

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL

10 comprimés

卷之三



60



أَنْتَ

۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## COMPOSITION

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

## INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvres telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Reservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : ilre 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



COMPRIMÉ

**ADULTE**  
10 Comprimés

**bottu 5.8.**  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER:07/24

LOT: K2117



# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



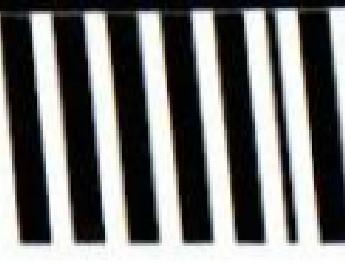
Lot :

UT426

A consommer de

préférence avant le : 07/2024

PPC : 149,50 DH



6 118001 260850



**MYDOFLEX®**  
Tolpérisonne HCl  
150 mg



Myorelaxant

Voie orale



LABATEC

LOT: 3849

EXP: 10 2023

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00



# PHARMACIE BISMI ALLAH

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

B P:164-640-212-110270750009-80

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 lah lou

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	<b>Total</b>	5		<b>649,50</b>

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

PHARMACIE BISMI ALLAH  
12 AV. DRISS IER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER  
ICE : 001555076000077  
Tél : 0539941010/0539341919  
Patente : 50487909  
FAX : 05-39-34-12-12  
CNSS : 6294318  
R.C. : 42012  
I.F. : 81110975