

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5678 Société : M5089

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL FAKIR Mustapha

Date de naissance : 07/12/01

Adresse :

Tél. : 06 97 68 446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N°313 - Casa - Tel : 05 22 86 14 14

Date de consultation : 26/05/2022

Nom et prénom du malade : EL FAKIR Mustapha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

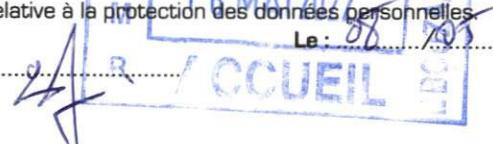
Nature de la maladie : Diabète et le polyurie persistant

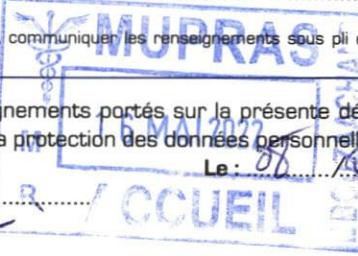
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CRK Le : 08/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : 



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
26/03/2015				
03/04/2015	3		300.215	
21/04/2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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	

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 canalaire, 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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

Docteur Hassan EL GHOMARI
Professeur à la F.M.P.C
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition & Croissance
Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري
أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية و النمو
طبيب سابق بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le :

26.03.85

الدار البيضاء في :

Mr. EL FAKIR Mustapha

~~437.00 X 4~~
~~144.80 X 3~~
~~ANUMET 50/1000~~

~~24.40 X 3~~ 1-0-1 pendant 3 Mois

~~13.10 X 3~~ LEVOTHYROX 100

~~13.10 X 3~~ 1 Cp/j le matin 30 min avant le repas pendant 3 mois

~~13.10 X 3~~ LEVOTHYROX 50

~~13.10 X 3~~ 1 cp 6j/7 le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

~~13.10 X 3~~ 1/2 cp 1j/7 le matin. 30 min avant le repas pendant 3 mois

~~13.10 X 3~~ ZYLORIC 100 MG

~~13.10 X 3~~ 0-1-0 pendant 3 Mois

~~13.10 X 3~~ ROSUVAS 10

~~13.10 X 3~~ 0-0-1 pendant 3 Mois

~~13.10 X 3~~
939
FATHIA EL IMAM MALEK
MEDDAH Bourad
Lahem, Bd. 28, N°64
Casablanca
05 22 21 33 13
05 6 08 55 03

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center, Casablanca, 3rd floor
et Abdelmoumen N° 313, Casablanca, 05 22 86 14 14
05 22 86 37 44

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3rd floor - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
7862160342



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
7862160342

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

7862160336



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
7862160342

7862160342

SUN
PHARMA



Rosuvastatin

Rosuvastatin



30 Comprimés pelliculés

Voie orale

Home

EOL 11

201

ROSUVAS[®]SUN

Rosuvastatine



SUN
PHARMA



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

ROSUVAS[®]SUN

Rosuvastatine



SUN
PHARMA



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Uniquement sur ordonnance - Liste 1

بصريات فقط بوصودة صفة طيبة - قائمة 1

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Uniquement sur ordonnance - Liste 1

بصريات فقط بوصودة صفة طيبة - قائمة 1

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Uniquement sur ordonnance - Liste 1

بصريات فقط بوصودة صفة طيبة - قائمة 1

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Uniquement sur ordonnance - Liste 1

بصريات فقط بوصودة صفة طيبة - قائمة 1

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerkouni
Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

COMPOSITION :

Allopurinol 100,00 mg
Excipients q.s.p. un comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.

MODE D'EMPLOI :

Les comprimés sont à avaler tels quels avec un grand verre d'eau, après le repas.

Ne pas utiliser après la date de péremption.

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.

Ce médicament ne doit être pris que sous surveillance médicale.

التركيبة :
ألوبورينول 100,00 ملخ
السواغات كمية كافية لقرص واحد.
السواغ ذو التأثيرات المعروفة : لاكتوز.

كيفية الاستعمال :
تبليغ الأفراش كما هي مع كأس كبير من الماء بعد الأكل.

لا يجب إستعمال هذا الدواء بعد نهاية الصلاحية.
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.
وعيادة عن الرطوبة.
إقرأ النشرة الداخلية بتمعن قبل الاستعمال.
لا يأخذ هذا الدواء إلا تحت مراقبة طيبة.

Zyloric® 100 mg

allopurinol

100 comprimés

Voie orale

زيلوريك® 100 ملخ

ألوبورينول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 212955

EXP 11 2025

PPV 46.70 DH

40x65x95

1

زيلوريك® 100 ملخ

ألوبورينول

100 قرصا

عن طريق الفم

L
Litho typo