

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.

Educations :

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.

Prothèse dentaire :

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 064392

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6714 Société : 115256

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRITA AHMED

Date de naissance : 15/12/1949

Adresse : 114 rue Saint Laurent Apt 508

RÉSID RIZK - CASH

Tél : 0669 7211 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KRITA Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
7/3/2022	bilan		6	<p>Dr. Ghita MAMOU</p> <p>Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie, Maladies Métaboliques Nutrition</p> <p>Espace Roudani 23, 1^{er} étage N° 19 Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71</p>
21/3/2022	c-s		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/22	1141/2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

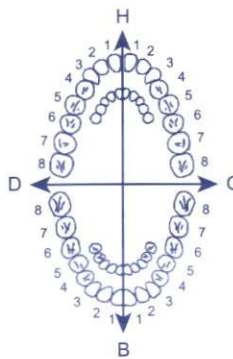
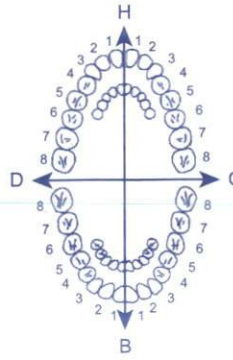
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) 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. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 21/3/2022

Nom : Y KATA Ahmed

3905 x 2
Galvus met 50/1000

1 p x 2 / j

3500 x 1
Apo 1g. 1 p / j

13430 x 2
Collegium 180/125

7780 x 1 p / j
Londrio 1 p / j

11 3mm

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies Métaboliques
Nutrition
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

(M)

الانزور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x



LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



مدة صلاحية
تاريخ انتهاء
تاريخ الصلاحية
تاريخ الصلاحية



COOPER
PHARMA

6 118000 082217





Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg

60 Comprimés pelliculés



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 0
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 0
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg

60 Comprimés pelliculés



1ع

أدو[®]

ميتفورمين

• مضاد للسكري

381.00

LABORATOIRES
PHARMAS
مختبرات فارما

فرصا ملبسا
عن طريق النعم

60





134,30

كو-فشيپيران

إيربىزارتان / هيدروكلوريتايزيد



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف	صباح	المدة				

Co-Vepran[®] 150 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893

سوطيما
SOTHEMA



134,30

كو-فشيپيران

إيربىزارتان / هيدروكلوريتايزيد



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا
عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف	صباح	المدة				

Co-Vepran[®] 150 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893

سوطيما
SOTHEMA