

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 062320

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6714 Société : 176769

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRITA AHMED

Date de naissance : 15/12/49

Adresse :

Tél. : 0661721103 Total des frais engagés : 26 SEP 2013 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2013

Nom et prénom du malade : KRITA AHMED Age :

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

Nature de la maladie : Diabète et Dyslipé

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAHRAZAD CASABLANCA 158, Rue Ezzahour Mers Sultan Casablanca - Tél. : 05 22 81 03 35 ICE : 001843810000093	20/09/23	190370

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
		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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

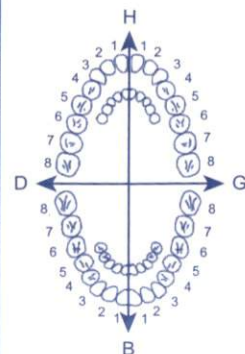
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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. ZOURGANNE Fatima

MEDECINE GENERALE

Certificat de Planification Familiale
(DIU)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji

Hay El Farah - 1er Etage

Tél : 05 22 81 15 02

Casablanca

الدكتور زركان فالحة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة
(تركيب اللولب)

الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز
الصحي ابن طفيل

طبيبة معتمدة لتسليم رخصة السياقة

345, شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah Senhaji
Hay El Farah - 1er étage
Tél : 05 22 81 15 02
Casablanca

Casablanca, le

20/9/2023

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00

EXP 12/2024
LOT 2N032 2

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00

EXP 06/2024
LOT 22026 2

PHARMACIE
CHAHRAZAD CASABLANCA
158, Rue Ezzohour Mers Sultan
Casablanca - Tél.: 05 22 81 15 35
ICE : 0018478250000093

3000*2



Nyambelher 12
up lesan ey/ber

190370

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345 Av. Abdelhak Senhaji - CASA
Hay El Farah 1^{er} étage
Tél. : 0522.81.15.02 et 0527.10.33.64

PHARMACIE
CHAHRAZAD CASABLANCA
158, Rue El Hadj Mohammed Sultan
Casablanca
ICE : 00000093

®

AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 08/24

LOT: K2177



LOT : 220042
EXP : 03/2025
PPV : 57,80DH

M

10 ملغ
عن طريق القدم

اللا-زور

أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x

LD-NOR 10mg

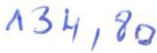
30 comprimés pelliculés

COOPER
PHARMA



6 118006

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
مدة العلاج ☐
تاريخ زوال الشمس ☐
تاريخ انتهاء الصلاحية ☐



ゆづり

ایربیزارتان/هیدروکلوروتیازید








ملغ 12,5/150

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



	المدة	
	صباح	
	منتصف النهار	
	مساء	
	قبل	
	بعد	

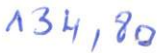
Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893





ムジナ

ایربیزارتان / هیدروکلوروتیازید










ملغ 12,5/150

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



المدة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد	
						

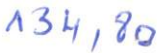
Co-Vepran* 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893





ムジナ

ایربیزارتان / هیدروکلوروتیازید










ملغ 12,5/150

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



المدة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد	
						

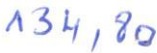
Co-Vepran* 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893





ムジナ

ایربیزارتان / هیدروکلوروتیازید










ملغ 12,5/150

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم



المدة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد	
						

Co-Vepran* 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



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

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من غلغلبيتين و 1000 م
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



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

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من غلغلبيتين و 1000 م
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



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

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من غلغلبيتين و 1000 م
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

