

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-828187

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique.	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6444	Société : RAN	N° 33324	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MANZAH RACHID
Nom & Prénom : 13/12/65			
Date de naissance :			
Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA			
Tél. : 06 61 22 63 60	Total des frais engagés : 1071,30 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : Date de consultation : 18/10/2023 Nom et prénom du malade : No BOUGITROU S.D.H. Age : 47 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : GASTRO-ENTERITE HTA 160/90 mmHg 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 : CASABLANCA
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 18/10/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18-10-2013	9	2 x 1	200 FF + ECO	IN 1 091155465
30-10-2013	10			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Duled Ben Amer Lam Nouancer Casablanca : 05 22 59 23 15 - 07 70 40 06	18/10/2023	516,50
Pharmacie Centre Hospitalier Bouskoura	30/10/2023	254,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	H <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433582</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433593</td></tr> </table> G B			25533412	21433582	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433593	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433582												
	00000000	00000000												
	<hr/>													
	00000000	00000000												
	35533411	11433593												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Docteur Asmâa GOURJA

الدكتورة أسماء كورجة



Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants

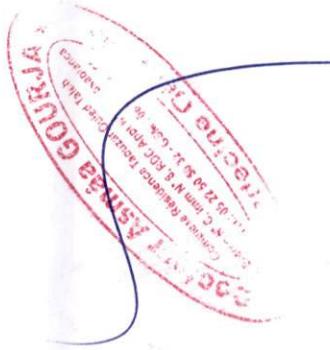
الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشباع بالأوكسجين
متابعة الحمل
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient :

Casablanca le : ٢٨/٠٥/٢٠٢٣



E cm M



المركب السكني توزر سيدي مسعود، مدخل رقم ٤ عمارة رقم ٨، طابق السفلي شقة رقم ١ - الدار البيضاء
Complexe Résidence Taouzar Sidi Massaoud, Entrée N° 4 - Imm N° 8 - RDC Appt N° 1 - Casablanca
Tél. : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : doctourgourjaasmae@live.fr

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Docteur Asmâa GOURJA

الدكتورة أسماء كورجة



Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants

الطب العلم
الفحص بالصدري
تخطيط القلب
الإشباع بالأوكسجين
متابعة الحمل
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient :

Casablanca le : 18/06/2023



10,00

1) D-Refluxmed stick ١٥

99,00

١٣٠٣٢٤٦٩٦

2) Prolosoft ١٧ سلف ١٥

99,50

١٣٠٣٢٤٦٩٦ ليف

3) Deparathic ١٧ سلف ١٥

١٩,٥٠

١٣٠٣٢٤٦٩٦ = ٥٦,٥٠

4) Mytum ١٧ سلف ١٥

١٣٠٣٢٤٦٩٦

Pharmacie Centre Hospitalier Universitaire Bouskoura
Boulevard Ben Amer Lamrissa
Casablanca - Tél : 05 22 59 23 15 - 07 70 40 06 84

المركب السكري توزر سيدي مسعود، مدخل رقم C عمارة رقم 8، طابق السفلي شقة رقم 1 - الدار البيضاء
Complexe Résidence Taouzar Sidi Massaoud, Entrée N° C, Imm N° 8, RDC Appr N° 1 - Casablanca
Tél. : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : docteurgourjaasmاء@live.fr

N° CE: 20212107654/V1/DMP/CA/18

N° Lot:

MMYC.102

Fab:

09/2022

À consommer avant la date EXP :

08/2025

PPC : 149.00 MAD



760098 991617

COOPER PHARMA

PPC: 99,00 DH

- Dans quel cas utiliser REFLUXAID® :
 - REFLUXAID® est un dispositif médical à usage oral qui, grâce à son action mécanique, est destiné à être utilisé pour limiter les symptômes du reflux gastro-oesophagien et de l'oesophagite. L'utilisation du produit limite la sensation de brûlure (brûlure d'estomac), de régurgitation, de la difficulté à avaler (dysphagie), de la déglutition douloureuse (odynophagie), de la toux, et de l'enrouement.
- Pour les instructions, les mises en garde et les contre-indications : voir la notice.

LOT

230501B
2026/03
PPC 76 DHE



Dépurattiva

À base d'actifs naturels

SOLUTION BUVABLE

Facilite
la Digestion



Flacon de 200 ml

MEDIPRO
PHARMA

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Docteur Asmâa GOURJA

الدكتورة أسماء كورجة



Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشباع بالأوكسجين
متابعة الحمل
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient :

Casablanca le : 30/10/2023



- 1) I mepi → 16 mg f le mats AVT
- 2) Nan se fin → 16 mg sans dous
- 3) Neo forte → 160 mg
- 4) A mepi → 16 mg
- $\sum = 254.8$

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bno al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

Pharmacie Centre Hospitalier
Universitaire Bouskoura
Boulevard Ben Amer La Saïla
Casablanca
05 22 59 23 75 - 07 04 59 81

NEOFORTAN® 160 mg
PPU 96 UPP
EXP 06/2026
LOT 33022 15



المركب السكني توزر سيدى مسعود، مدخل رقم 4 عمارة رقم 8، طابق السفلي شقة رقم 1 - الدار البيضاء
Complexe Résidence Taouzar Sidi Massaoud, Entrée N° C, Imm N° 8 - RDC Appt N° 1 - Casablanca
Tél. : 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : doctourgourjaasmae@live.fr

**LOT : 1079
PER : 12 - 24
P.P.V: 24DH50**

Nauselium®
Dompéridone

Flacon de **200 ml**

1 mg/ml

68x64x145

5 ملی
من طریق الام

٥٩,٤٠

قرصا
28 x

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

مساء
زوال ☀
مدة صبح ☀


COOPER
PHARMA

ASMAA GOURJÀ

1970-08-21 08:40

Nom : ismahane

Sexe : Femme Âge : 46

Section : 12

Cham. ID:

ID lit: _____

ID:

Utilisat:

custom1:

custom2:

custom3:

Données référence uniquement:

FC bpm : 65

Intervalle PR ms : 158

Durée P ms : 120

Durée QRS ms : 83

Durée T ms : 176

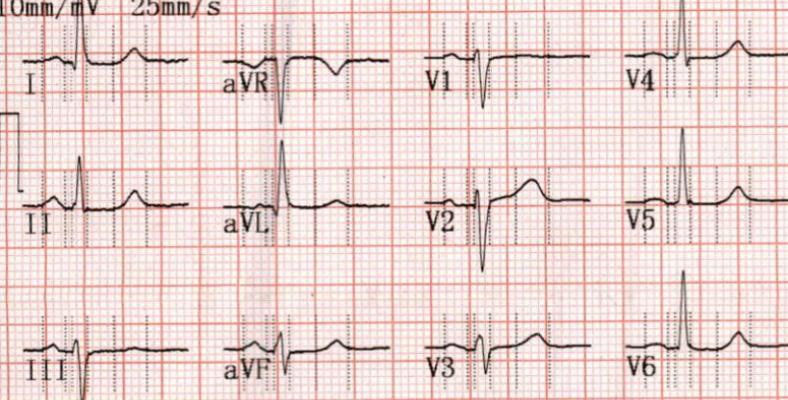
QT/QTc ms : 402/418

Axe P/QRS/T deg : 59.3 / -0.6/42.2

R(V5)/S(V1) mV : 0.94/0.61

R(V5)+S(V1) mV : 1.56

10mm/mV 25mm/s



<< Conclusions >>

Ryth. sinusoïdal norm.

Dévia. ax. gche modérée;

Le rapport doit être confirmé par un médecin

Médecin: _____

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

25mm/s AC50Hz+DFT

