

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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.

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

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° P19-0021380

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1383 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDEL KABIR MONARY Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 063353301 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Houba Bouanane
Médecine Générale
Lot Makhlouf 2 N 228 app N 1
Deroua - Berrechid
Tél : 0522 51 59 13

Date de consultation : 08/10/2019

Nom et prénom du malade : HSE JABARY Saïda Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + Démophile

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 : 17 OCT 2019

Signature de l'adhérent(e) :
ACQUÉIL

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
08/10/2019	CS (CA)		102270 dh	 Docteur Houga Bouhassou Médecine Générale Lot Makhlouf 2 N 228 app 11 Deroua - Berrechid Tél : 0522 51 59 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIEN LOTONAN ZODERWA TEL 0522 51 15 190	08/10/2019	102270 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

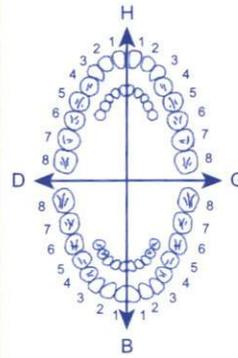
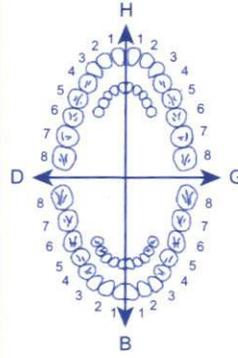
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		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

DR. Houda BOUANANE

Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بوعنان

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 08/10/2019

Mme MARARY Saida

174,50

APROVEL 150 MG B/28

1 cp / j, le matin

71,40
2 x 35,70

KARDÉGIC 160 N° 2

1 sach / j, ap rep

647,00

NOVORAPID FLEXPEN

40ui X2/J

59,80
2 x 29,90

SUPRIMASE 150 MG B/1 N° 2

1 gél / sem

70,00

TEGUMA CRÈME

1 app / j

1022,70

Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Makloul 2 N° 228 app N° 1
Deroua - Berrchid
Tél : 0522 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Makloul 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com



SUPRIMASE®
Fluconazole

COMPOSITIONS
SUPRIMASE 50 mg
Fluconazole (DCI)
Excipients : n.s



KARDI

Acétylsalicylate a
poudre pour sol

LOT : 9MA079
PER : 10/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



1. IDENTIFICATION



KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de
poudre pour solut

LOT : 9MA077
PER : 09/2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



1. IDENTIFICATION

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg

b) COMPOSITION

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg
correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycolle, arôme mand
d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sach

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUT

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS

PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE M

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspiri
particulièrement destiné au traitem
du cœur ou des vaisseaux, seul ou
traitements prescrits par votre mé
Il ne devra pas être entrepris sans
l'établissement et de la conduite d

d'uti
surv
COM
Gi
Ce
avis
caier

PPV: 29DH90
LOT: 182068 EXP: 01/20

PPV: 29DH90
LOT: 182068 EXP: 01/20

d'utilis
surveill
CONTRE-
Grossesse
Ce médic
avis contr
saigneme
concomita
l'aspirine
uricosuric

LOT: 180298 PER: 02-20
PPV: 70, 00DH

5x3 ml

NovoRapid®
FlexPen

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV: 647 DH



100 U/ml
Solution injectable
Insuline as
Voie sous-cutanée ou
intraveineuse

Per./Exp.

Lot/Batch

Fab./Mfg.

APROVEL® 400mg

irbésartan/irbesartan

28 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-approval 160mg/12.5mg
b28
P.P.V : 74.50 DH



sanofi aventis

AFRIC - PHAR sans licence (N°101000000)
Rég. collab. n° 111, lot 12,400
A. Alami Pharmacie Marocaine
D.M. BEDDANI, Pharmacien Responsable

patient : irbe

ains: irbesartan 150 mg.
nts are: