

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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° P19-0021380

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1383 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDEL KADER 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 : H. TAAABY Saïda Age :

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

Nature de la maladie : HTA + 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 : 17 OCT. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 101 | | 102270 dh | Docteur Houda Boudiaf Médecine Générale Lot Makhoul 2 N 228 app N°1 Deroua - Berréchid Tél : 0522 51 59 13 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIEN LOTANAN 20 DERWA TEL 0522 51 59 190 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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. 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
2x35,70
KARDÉGIC 160 N° 2

1 sach / j, ap rep

647,00
NOVORAPID FLEXPEN

40ui X2/J

59,80
2x29,90
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 Makhlouf 2 N° 228 app N° 1
Deroua - Berrechid
Tél : 0522 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Makhlouf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com



SUPRIMASE®
Fluconazole

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



KARDI

Acétylsalicylate de
poudre pour soli

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 médi
Il ne devra pas être entrepris sans l
l'établissement et de la conduite d

d'uti
surv
CON
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
saignement
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

pré-remplis de 3ml

Insuline as

Voie sous-cutanée ou

intraveineuse

APROVEL®

irbésartan/irbesartan

28 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain seba, Casablanca

Co-aprovel 160mg/12.5mg

b2b

P.P.V : 174.50 DH



sanofi aventis

Per/Exp.

Lot/Batch

Fab./Mfg.

ains: irbesartan 150 mg.
nts are: