

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.



161453
Déclaration de Maladie : N° S19-0003277

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MANSOURI Deugem Date de naissance : 18/11/1986
Adresse :
Tél : 0600779669 Total des frais engagés : 942,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/04/2023
Nom et prénom du malade : MANSOURI Deugem Age : 36
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fumeur, diabète, hypertension, arthrose
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 Le : 17/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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
04 AVR 2023	CHS		400 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ANNAJID</p> <p>Annajid - Bd Anwar - Cité Plateau - CASA</p> <p>05 22 98 97 81 - Fax : 05 22 98 84 17</p> <p>INPE:092001452</p>	04/04/23	342,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALE EL COLOMBE</p> <p>BENCHIKROUNE-BENKIRAN</p> <p>Rue Abdellah Rajai Maarif - Casablanca</p> <p>0522 99 32 35/55 - INPE:093000024</p>	04.04.23	B 150 + PC 134	200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

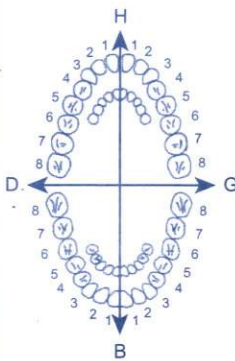
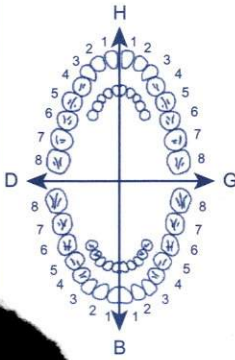
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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>D</td> <td>G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 04/04/2023

Mme Mansouri Meryem

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

OEDES 20mg
28 gélules



99.00
OEDES 20

1 comprimé le matin

34.40
MOTILIUM

1 comprimé, 3 fois par jour avant repas

26.40
FUNGILISE

1 Ovule le soir (pendant 6 jours)

87.30
DERMOFIX crème

1 application, matin et soir (pendant 6 jours)

95.00
SEPTIDOL 8

Toilette matin et soir



34.40

MOTILIUM 10MG
CP PELL B20



FUNGILYSE® 100 mg
6 ovules

PPV 26DH40 EXP 11/2024
LOT 10062 1

SEPTIDOL 8 250
LOT: 01/21
EXP: 12/2025
PPC: 95.00DH

Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



87.30

342.10

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le 04/04/2023.....

Mme MANSOURI Meryem

- Prelevement vaginal

LABORATOIRE D'ANALYSE
MEDICALES LA COLOMBE

Dr. BENCHEKROUNE-BENKIRAN
39, Rue Abdellah Rajai Maarif - Casablanca
Tél: 0522 99 32 35/55 - INPE: 093000024



Laboratoire d'Analyses Médicales La Colombe

Dr Benchebkroune

RUE DES PYRENEES

CASABLANCA

Tél . : 99 32 35/Fax : 98 56 06

Casablanca le mardi 4 avril 2023

Madame MANSOURI MERYEM

INPE:093000024/ICE:001449136000024/IF:40477366

FACTURE N°	23675
------------	-------

Analyses :

Bactériologie d'un PV -----	B	150	Total : B 150
-----------------------------	---	-----	---------------

TOTAL DOSSIER	200,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSE
MEDICAL LA COLOMBE
Dr. BENCHEBKROUNE-BENKIRAN
39, Rue Abdellah Rajai Maarif - Casablanca
Tél: 0522 99 32 35/55 - INPE: 093000024



مختبر التحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
L A C O L O M B E

Dr W. BENCHEKROUN

PHARMACIENNE BIOLOGISTE

Diplômée de la Faculté de Montpellier

Page N° 1

Casablanca le 05/04/23

Prélèvement du : 04/04/23

Docteur FOUZIA LAYACHI TAHIRI

Madame MANSOURI MERYEM

Dossier N° : 23D29

Casablanca

BACTERIOLOGIE

Bactériologie d'un Prélèvement Vaginal

CYTOLOGIE

Leucocytes : Très nombreux
Hématies : Absence.
Cellules épithéliales : Nombreuses
Levures : Assez nombreuses
Trichomonas : Absence.

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct (GRAM) : Présence de quelques bacilles gram (+) de type DODERLEIN

Cultures sur milieux riches : Absence de germes pathogènes.
Cultures sur milieux usuels : Absence de germes pathogènes.

EXAMEN MYCOLOGIQUE

Cultures sur SABOURAUD: Isolement et identification du Candida albicans.

Le biologiste :