

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 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.



Déclaration de Maladie

M23-0015214

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3399 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FARES EDDINE GHANDI
 Date de naissance : 31.07.1960
 Adresse : Appartement La Colline 1, n°4, CALIFORNIE CASABLANCA
 Tél. : 0661214935 Total des frais engagés : 727,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/ SEPT 2023

Nom et prénom du malade : Ouyedouyoun Age: 63m

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

Nature de la maladie : Ouyedouyoun

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 06/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
06 SEPT 2023	Conte	Conte	Conte	Dr. LAHLOU MAJID Dermatologue - Péderéologue Boulevard El-Majidi Maarif Tél: 0522 257 103 - 0522 255 574 NPE: 02037217

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2023	727,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

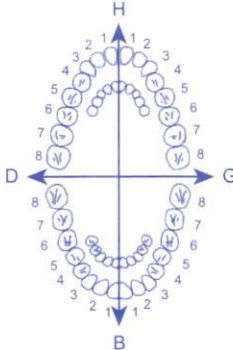
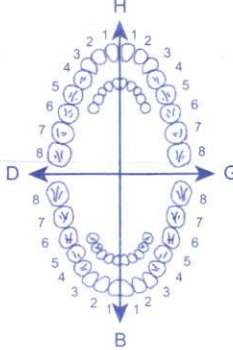
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 CCEFFICIENT 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>		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"/>														
	[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

Docteur Majid Lahlou

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif

(EX.ALPE) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

الدكتور مجيد لعلو

اختصاصي

في أمراض الجلد والأمراض
والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72، زقة أحمد المجاطي (سابقاً - ذي زالب)

الطابق الثاني - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 35 69

المحمول : 06 61 06 69 78

CASABLANCA, LE

06 SEPT 2023

FARE Sedline GHANDI

préparation à visée thérapeutique

- mycoses cutanées : 2 tubes
xéral (SV) Spéc. ougls
Kastin - la Roche

1 app x 2/3
Sur les lésions d'onychomycose

② Griseofulvone : 4 tubes
1 app x 2/3 à jeun d'un repas

③ Pulver 20 mg gélules : 26 tubes
de 28 jours
1 gélule/jour après le petit déjeuner

④ ultralevure 270 cap
1 cap/jour
Sur la zone atteinte

⑤ 1 app x 2/3
de la visée

296,00

37,10 x 4

102,00

65,10

14,30

26 tubes de 28 jours

728,80

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif
Tél: 0522 253 569-0661 066 978

PHARMACIE LACOLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss Maarif - Casablanca
Tél: 0522 257107 - RC: 255745
INPE: 092037217

Dr. LAHLOU MAJID
Dermatologue - Vénérologue
72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif
Tél: 0522 253 569-0661 066 978

PHARMACIE LACOLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss Maarif - Casablanca
Tél: 0522 257107 - RC: 255745
INPE: 092037217



ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745®**

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE



30 GÉLULES
250mg

BIOCODEX
Maroc

Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP :
صلاح لغاية:

1211

01 2023

01 2026

BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22249
PER: 05/2025
PPV: 102,00 DH



AULCER[®]

oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

28 gélules

Voie Orale

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22098

PER : 02/2025

PPV : 102,00 DH

AULCER®

oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

دهن

م

سكينوزون

٥٤١٣٧

15 اغ

بيطاملازون (ديبروبيونات)

®
گريزيسو
(گريزوفالين ميكرونيوزي)

500 ملغ



16 قرصا

لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2026

LOT 20025 3

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زنتة الأدوية - الدار البيضاء

®
گريزيسو
(گريزوفالين ميكرونيوزي)

500 ملغ



16 قرصا

لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2026

LOT 20025 3

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زنتة الأدوية - الدار البيضاء

®
گريزيسو
(گريزيفولفين ميكرونيوزي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2026

LOT 20025 3

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، نقطة الأدوية - الدار البيضاء

®
گريزيسو
(گريزيفولفين ميكرونيوزي)

500 ملغ



16 قرصا

لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2026

LOT 20025 3

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زنتة الأدوية - الدار البيضاء

MYCODERME® 1% CREME

LOT : 08023028
PER : 02/2028
PPV : 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g

LOT : 08023028
PER : 02/2028
PPV : 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g

