

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0015223

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3399 Société : RAT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FARES EDDINE GHANDI  
Date de naissance : 31-07-1960  
Adresse : Lotissement La Colline 1, n°4, CASABLANCA  
Tél : 0661214935 Total des frais engagés : 672,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12-0-DEC-2023  
Nom et prénom du malade : FARES EDDINE GHANDI Age: 63  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Onychomycose  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
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 : Casa Le : 26 / 02 / 2024  
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 - 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
20 DEC 2023	ce	ce	300 m.	Dr. LAHOUARI Dermatologue 72, Rue de la République Tél: 05 22 25 56 90 66 1 85 81

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAHOUARI 72, Rue de la République Tél: 05 22 25 56 90 66 1 85 81	20/12/23	372,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

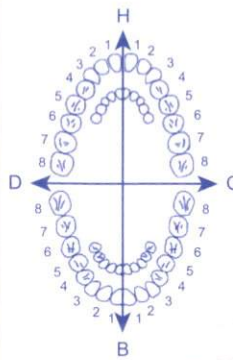
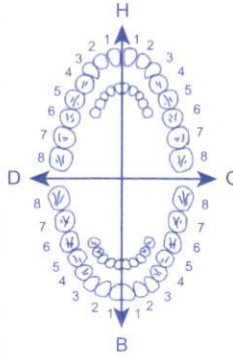
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

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 - Maarif

(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 والشعر

والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72، زقة أحمد المجاطي (سابقاً - ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 35 69

المحمول : 06 61 06 69 78

CASABLANCA, LE 20 DEC 2023

Donnem FARESE DINE. GHANDI  
37.10 x4 Ri Sés 500 cap 14 bits de 164  
1 cap x 2/1 a n° 16 de  
repos de petit déjeuner et de  
Diner.  
② Anal CER. 20 cap 15 de 28 bits  
1 bit de petit  
déjeuner.  
③ Hydrosia crème hydratante  
Special hairs (CADDAX II)  
1 app x 3/1 (CADDAX - n° 16)  
S. P. n° 16  
372,90

PHARMACIE LA COLOMBE  
33, Rue Ibnou Hafiss Maarif - Casablanca  
Tél: 05 22 25 71 07 - RC: 255745  
11 55 00 2037217

Dr. LAHLOU MAJID  
Dermatologue - Vénérologue  
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif  
Tél: 05 22 25 35 69 - 06 61 06 69 78

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ



LOT : 22271  
PER : 06/2025  
PPV : 102,00 DH

**AULCER<sup>®</sup>**  
oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

28 gélules

Voie Orale

®  
كـريـزـيـو

(كـريـزـيـو فـلـاـشـين مـيـكـرو نـيـزـي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPU 37DH10  
E. 01/2028  
LOT 20025 7

مخـابـر المـسـتـحـضـرات الـعـبـد لـيـة لـشـمـال إـفـرـيـقـيـا . 21 ، زـنـقـة الأـوـد اـيـة - المـار الـيـيـ



®  
كـريـزـيـو

(كـريـزـيـو فـلـاـشـين مـيـكـرـو نـيـزـي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPU 37DH10  
E. 01/2028  
LOT 20025 7

مخـابـر المـسـتـحـضـرات الـعـيـد لـيـة لـشـمـال إـفـرـيـقـيـا . 21 ، زـنـقـة الأـوـد اـيـة - المـار الـيـيـ

®  
كـريـزـيـو

(كـريـزـيـو فـلـاـشـين مـيـكـرـو نـيـزـي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPU 37DH10  
E. 01/2028  
LOT 20025 7

مخـابـر المـسـتـحـضـرات الـعـيـد لـيـة لـشـمـال إـفـرـيـقـيـا . 21 ، زـنـقـة الأـوـد اـيـة - المـار الـيـيـ

®  
كـريـزـيـو

(كـريـزـيـو فـلـاـثـيـن مـيـكـرـو نـيـزـي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPU 37DH10  
E. 01/2028  
LOT 20025 7

مخـابـر المـسـتـحـضـرات الـعـيـد لـيـة لـشـمـال إـفـرـيـقـيـا . 21 ، زـنـقـة الأـوـد اـيـة - المـار الـيـيـ