

# 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.

## 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.

**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, CALIFORNIE  
PASABLANCA**

Tél. : **0661214935**

Total des frais engagés : **G15,50** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. LAHLOU MAJID**  
Dermologue - Vénérologue  
72 Rue Ahmed El Mejjati Maaf  
Tel: 0522 253 569-0661 066 978

Date de consultation :

**14/10/2023**

Nom et prénom du malade :

**FARE SEDDINE GHANDI**

Age : **63 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**MUPRAS**  
Myositis myo. y los x

Age : **63 ans**

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC

Pathologie

Dermologue - Vénérologue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

**17 NOV. 2020**

Enfant

Tel: 0522 253 569-0661 066 978

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 :

**CAZA**

Le : **17/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**FARE SEDDINE GHANDI**

**S**

### RELEVE 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
14/10/21	C2	C2	300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/23	315.50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Majid Lahlou

SPECIALISTE  
DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la peau, du cuir chevelu et  
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles  
Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif  
(EX. ALPES)-2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69  
G.S.M: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

الدكتور مجيد لطو

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر

والأظافر

الأمراض التناследية

جراحة الجلد

علم التجميل

زنقة أحمد المغاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطباطق الثاني - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

14 OCT 2023

FARESE PDINE:

Jonction.

GHANAF

37,10x4

①

GRiseo.

cup: 45ml : n°4

1 cup 2 fois par jour petit dej et au

petit dej

et au Dîner.

102,00

② Aulcer.

cup: 150 de 28

1 gélule / 2 ml de

pétit dej et le

65,10

③ ultraliste

2,50 ep

petite

1 gélule / 2 en cas

de diarrhee.

T = 312,50



گریزون®

(گریزیوفلپین میکرونویزی)

مجم 500



16 قرص

لابروفان

مخابر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا - 1، 2، زنتة الأوداية - الدار البيضاء -

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2028  
LOT 20025 3

گریزون®

(گریزیوفلپین میکرونویزی)

مجم 500



16 قرص

لابروفان

مخابر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا - 1، 2، زنتة الأوداية - الدار البيضاء -

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2028  
LOT 20025 3

گریزون®

(گریزیوفلپین میکرونویزی)

مجم 500



16 قرص

لابروفان

مخابر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا - 1، 2، زنتة الأوداية - الدار البيضاء -

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2028  
LOT 20025 3

گریزون®

(گریزیوفلپین میکرونویزی)

مجم 500



16 قرص

لابروفان

مخابر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا - 1، 2، زنتة الأوداية - الدار البيضاء -

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2028  
LOT 20025 3

LOT : 22091  
PER : 02/2025  
PPU : 102,00 DH



# AULCER®

oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

28 gélules

Voie Orale

**ULTRA-LEVURE<sup>®</sup>**

*Saccharomyces boulardii*

CNCM I-745°

**MÉDICAMENT PROBIOTIQUE**

Fab :  
صنع :

EXP. :  
 صالح لغاية :

1174

12 2022

12 2025

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH