

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

M23-0015220

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3399 Société : RAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FARE EDDINE GHANDI
Date de naissance : 31.07.1960
Adresse : Lotissement La Colline 1, n°4, CALIFORNIE CASABLANCA
Tél. : 0661214935 Total des frais engagés : 615,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14 / 10 / 2023
Nom et prénom du malade : FARE EDDINE GHANDI Age : 63 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Onycho mycoses
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 : ANSA Le : 17 / 10 / 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
14/10/23	C2	C2	300 m	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/10/23

315,50

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

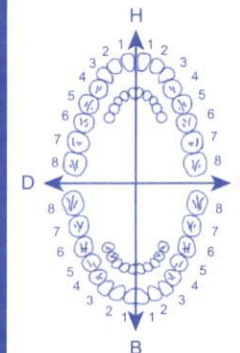
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

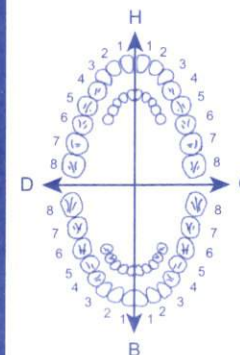
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لعلو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

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

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Maarif

(EX. ALPES)-2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M: 06 61 06 69 78

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر

و الأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

72، زقة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

14 OCT 2023

Jonh. FARESE PDINE

37,10x4 GHANA

1) GAISE 500. cp: 4 fois : h=6

1 cp 2 fois par jour
après les repas le petit déjeuner
avant et au dîner.

102,00

2) Aul CER 250 cp: 156 de 28 jours

1 gélule avant le
petit déjeuner.

65,70

3) ultralite 250 cp

1 gélule en cas
de diarrhée.

T=325,50



كرونيزو[®]

(كريفونازول ميكرونيزي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO[®] 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028
LOT 20025 3

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

كرونيزو[®]

(كريفونازول ميكرونيزي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO[®] 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028
LOT 20025 3

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

كرونيزو[®]

(كريفونازول ميكرونيزي)

500 ملغ



16 قرصا



لابروفان

GRISEO[®] 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028
LOT 20025 3

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

كرونيرو[®]

(كرونيرو فلفين ميكرونيروني)

500 ملغ



16 قرصا



لابرووفان

GRISEO[®] 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028
LOT 20025 3

مخابر المسبحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا - 21، زنفة الأودية - الدار البيضاء -

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

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

★
★
★
★
IBERM

AULCER[®]

oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

28 gélules

Voie Orale

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii

CNCM I-745®

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE

Fab :
صنع :

EXP :
صالح لغاية :

1174 12 2022
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

12 2025