

# 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.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 8ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-830219

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11716

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Rachid Khalid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 269,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Chahane Ghizlane  
Gastro - Entérologue  
106, Rés. les Princes #B  
Fondation Apt 4 - Ain chock - Casa  
Tél : 05 22 20 04 - GSM : 07 06 14 35 74

Date de consultation : 29 JAN. 2024

Nom et prénom du malade : Mr RACHID Khalid

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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

Signature de l'adhérent(e) :

Rachid

Le : 29/01/24

Autorisation CNDP N° : 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
29 JAN. 2024				INP : <b>INPE</b> Hépatologie Bd. Al Qods - Ras Zona Etg Appt 4 - Ain el 14.05.22.50.50 - GSM : 07 06 74 35 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MAC</b> <b>DR. SLAH EL ISMAIL</b> <b>14 EL HOUDA RUE 14 N°162</b> <b>05 22 38 68 59</b> <b>INPE : 092040773</b>	29/1/24	269,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez 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	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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														



# Dr. GHAILANE Ghizlane

Spécialiste des Maladies de L'appareil Digestif et du Foie  
Estomac - Intestins - Foie - Proctologie

Endoscopie Digestive (Fibroscopie gastro - Duodénale  
et Coloscopie)

Echographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd



## الدكتورة غيلان غزلان

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد



Casablanca le : 29/01/2024

Mr RCHID KHALID / 47 ans et 8 Mois

LOT: M1114  
PER: 07/2025  
PPV: 92,50DH

### ORDONNANCE

92.50  
1) UBIPROX 500MG

1 cp fois 2/ jour pdt 10 jours après repas

41.0022  
2) TIDAZ 500MG

1 cp 2 fois/ jour après repas pdt 10 jours

95.40  
3) ULTRA LEVURE

1 gel x 2 / j pedant 15 jours après repas

PHARMACIE MACHAALLAH  
DR. SLAHI asma  
HAY EL HOUDA RUE 14 N°162  
05 22 38 68 59

1211 01 2023 01 2026  
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

شارع القدس، إقامة الأمراء (مدخل B)، الطابق الثاني، شقة رقم 4 - عين الشق - الدار البيضاء

Bd.Al Qods, Résidence les Princes, Entrée B, 2 éme Etage, Appt N° 04 - Ain Chock- Casablanca

Tel: 05 22 52 50 94 - Gsm: 07 06 14 35 74 - Email : dr2.ghizlane@gmail.com

# TIDAZ® 500mg

Ornidazole

comprimés pelliculés - Boîte de 10

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament**

**Il contient des informations importantes pour**

pourriez avoir besoin de la relire.  
questions, demandez plus d'informations à votre  
médicinal.

ité personnellement prescrit. Ne le donnez pas à  
aurait leur être nocif, même si les signes de leur  
s vos vôtres.

elles devient grave ou si vous remarquez un effet  
dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à

**500 mg, comprimé pelliculé et dans quels**

**rmations à connaître avant de prendre  
é pelliculé ?**

**Z® 500 mg, comprimé pelliculé ?**

**5. Comment conserver TIDAZ® 500 mg, comprimé pelliculé ?**

**6. Informations supplémentaires.**

**1. Qu'est-ce que TIDAZ® 500 mg, comprimé pelliculé et dans quels  
cas est-il utilisé ?**

**Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANTIBACTERIENS (P :**

**Enfants et adolescents :**

Sans objet.

**Prise d'autres médicaments :**

Eviter la prise de médicaments contenant  
rougeurs, vomissements, augmentation  
L'association à certains anticoagulants  
éventuel problème de déséquilibre  
Veuillez indiquer à votre médecin ou  
ou avez pris récemment un autre  
médicament obtenu sans ordonnance

**Aliments et boissons :**

Eviter la prise de boissons alcoolisées  
chaleur, rougeurs, vomissements, à  
**Interactions avec les produits  
alternatives :**

Sans objet.

**Utilisation pendant la grossesse :**

Il est préférable de ne pas utiliser ce  
et l'allaitement. Si vous découvrez  
votre médecin, lui seul peut juger  
traitement.

Demandez conseil à votre médecin  
prendre tout médicament.

**Sportifs :**

Sans objet.

**Effets sur l'aptitude à conduire**

**machines :**

L'attention est attirée, notamment  
les utilisateurs de machines, sur les  
attachés à l'emploi de ce médicament  
conduire de véhicules ni d'utiliser de  
type de troubles.

# TIDAZ® 500mg

Ornidazole

comprimés pelliculés - Boîte de 10

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament**

**le contenu des informations importantes pour**

pourriez avoir besoin de la relire.  
questions, demandez plus d'informations à votre  
médicinal.

ité personnellement prescrit. Ne le donnez pas à  
aurait leur être nocif, même si les signes de leur  
s vos vôtres.

elles devient grave ou si vous remarquez un effet  
dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à

**500 mg, comprimé pelliculé et dans quels**

**rmations à connaître avant de prendre  
é pelliculé ?**

**Z® 500 mg, comprimé pelliculé ?**

**5. Comment conserver TIDAZ® 500 mg, comprimé pelliculé ?**

**6. Informations supplémentaires.**

**1. Qu'est-ce que TIDAZ® 500 mg, comprimé pelliculé et dans quels  
cas est-il utilisé ?**

**Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANTIBACTERIENS (P :**

**Enfants et adolescents :**

Sans objet.

**Prise d'autres médicaments :**

Eviter la prise de médicaments contenant  
rougeurs, vomissements, augmentation  
L'association à certains anticoagulants  
éventuel problème de déséquilibre  
Veuillez indiquer à votre médecin ou  
ou avez pris récemment un autre  
médicament obtenu sans ordonnance

**Aliments et boissons :**

Eviter la prise de boissons alcoolisées  
chaleur, rougeurs, vomissements, à  
**Interactions avec les produits**

**alternatives :**

Sans objet.

**Utilisation pendant la grossesse :**

Il est préférable de ne pas utiliser ce  
et l'allaitement. Si vous découvrez  
votre médecin, lui seul peut juger  
traitement.

Demandez conseil à votre médecin  
prendre tout médicament.

**Sportifs :**

Sans objet.

**Effets sur l'aptitude à conduire**

**machines :**

L'attention est attirée, notamment  
les utilisateurs de machines, sur les  
attachés à l'emploi de ce médicament  
conduire de véhicules ni d'utiliser de  
type de troubles.

# TIDAZ® 500mg

Ornidazole

comprimés pelliculés - Boîte de 10

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament**

**Il contient des informations importantes pour**

pourriez avoir besoin de la relire.  
questions, demandez plus d'informations à votre  
médicinal.

ité personnellement prescrit. Ne le donnez pas à  
aurait leur être nocif, même si les signes de leur  
s vos vôtres.

elles devient grave ou si vous remarquez un effet  
dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à

**500 mg, comprimé pelliculé et dans quels**

**rmations à connaître avant de prendre  
é pelliculé ?**

**Z® 500 mg, comprimé pelliculé ?**

**5. Comment conserver TIDAZ® 500 mg, comprimé pelliculé ?**

**6. Informations supplémentaires.**

**1. Qu'est-ce que TIDAZ® 500 mg, comprimé pelliculé et dans quels  
cas est-il utilisé ?**

**Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANTIBACTERIENS (P :**

**Enfants et adolescents :**

Sans objet.

**Prise d'autres médicaments :**

Eviter la prise de médicaments contenant  
rougeurs, vomissements, augmentation  
L'association à certains anticoagulants  
éventuel problème de déséquilibre  
Veuillez indiquer à votre médecin ou  
ou avez pris récemment un autre  
médicament obtenu sans ordonnance

**Aliments et boissons :**

Eviter la prise de boissons alcoolisées  
chaleur, rougeurs, vomissements, à

**Interactions avec les produits  
alternatives :**

Sans objet.

**Utilisation pendant la grossesse :**

Il est préférable de ne pas utiliser ce  
et l'allaitement. Si vous découvrez  
votre médecin, lui seul peut juger  
traitement.

Demandez conseil à votre médecin  
prendre tout médicament.

**Sportifs :**

Sans objet.

**Effets sur l'aptitude à conduire  
machines :**

L'attention est attirée, notamment  
les utilisateurs de machines, sur les  
attachés à l'emploi de ce médicament  
conduire de véhicules ni d'utiliser de  
type de troubles.