

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046474

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2179 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARIF MOSTAFA

Date de naissance : 14/12/33

Adresse : 295 Lot Wafa DEROUA

Tél. 05 22 53 28 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 / 01 / 23

Nom et prénom du malade : ARIF Mostafa Age : 90 ans

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

Nature de la maladie : Inf - Roux - Diab - D de 2 M F

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 : DEROUA Le : 02 / 01 / 23

Signature de l'adhérent(e) : Atu

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
21/1/23	Cr	-	250 M	
8/2/23	Cr			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/1/23 187,80
08/02/23 136,40
08/02/23 219,00

INPE:062095070

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
AM PC IM IV

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

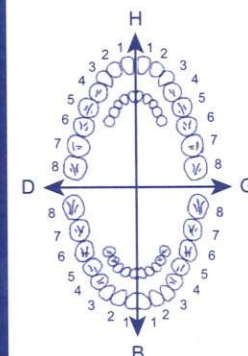
Coefficient

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 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

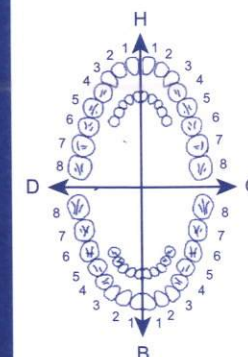
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur

My Hassan EL MACHTANI IDRISSE

Spécialiste des Maladies des Enfants
et des Nourrissons

Diplômé en Allergologie - Asthme

Diplômé de l'Université de Montpellier (France)

Ex. Pédiatre aux Hôpitaux de France

Ex. Pédiatre à l'Hôpital Militaire de Marrakech

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le **08.02.2023**

الطبيب

مولاي حسن المصطاني الإدريسي

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع

دبلوم في الحساسية - الضيق

خريج جامعة مونبولي (فرنسا)

طبيب اختصاصي سابقاً بمستشفيات فرنسا

طبيب اختصاصي سابقاً بالمستشفى العسكري بمراكش

خبير محلف لدى المحاكم

بالموعد

Enfant ARIF Med Karam

Age : 9 ans 10 mois

Poids : 35,00 Kg

89,50x2
40,00
219,00
1 D3NORM GTTES (600 G / 1GTTE=200UI)

10 gouttes le soir après le dîner par 03 mois.

2 AMYLASE SIROP

2 c à c 3 fois par jour.

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Dernier
Fix : 05 22 55 26 75
Dr. EL MACHTANI IDRISSE
PEDIATRE
287, Bd. Oued Eddahab, Jamila 5
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél. : 05 22 55 26 75

أميلاز[®]
ريم
200 U.CEIP/ml
ألفا أميلاز

40,0°

D3 NORM[®]
200 UI GOUTTES
8 051128 634501

Lot: 22064
A consommer
avant le: 08/2025
PPC : 89,50 DH

D3 NORM[®]
200 UI GOUTTES BUVABLES
8 051128 634501

Lot: 220641
A consommer
avant le: 08/2025
PPC : 89,50 DH

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur

My Hassan EL MACHTANI IDRISSE

Spécialiste des Maladies des Enfants
et des Nourrissons

Diplômé en Allergologie - Asthme

Diplômé de l'Université de Montpellier (France)

Ex. Pédiatre aux Hôpitaux de France

Ex. Pédiatre à l'Hôpital Militaire de Marrakech

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 08 FEB 2023

الرجيمكتور

مولاي حسن المصطاني الإدريسي

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع

دبلوم في الحساسية - الضيق

خريج جامعة مونتبيلي (فرنسا)

طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب اختصاصي سابقا بالمستشفى العسكري بمراكش

خبير محلف لدى المحاكم

بالموعد

ARIF el Karim

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deraa

Fix : 05.22.53.20.54

2 pulv. de metin

402
S.V.

36,20

2/ CEC (lus fin) 100ml

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Deraa
Fix : 05.22.53.20.54

S.V.

136,40

Dr. EL MACHTANI IDRISSE
PEDIATRE
287, Bd. Oued Eddahab, Jamila 5
Cité Djemaâ Casablanca
Tél. : 05 22 55 26 75

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V. : 50.10DH

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205

U014536
04 2024



NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V. : 50.10DH

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150205

U014536
04 2024



Lot :

Per :

PPV :

36,20



عيادة طب الأطفال والحساسية

Docteur

My Hassan EL MACHTANI IDRISSE

Spécialiste des Maladies des Enfants
et des Nourrissons

Diplômé en Allergologie - Asthme

Diplômé de l'Université de Montpellier (France)

Ex. Pédiatre aux Hôpitaux de France

Ex. Pédiatre à l'Hôpital Militaire de Marrakech

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 02.01.2023

الدكتور

مولاي حسن المصطاني الإدريسي

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع

دبلوم في الحساسية - الضيق

خريج جامعة مونيولي (فرنسا)

طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب اختصاصي سابقا بالمستشفى العسكري بمراكش

خبير محلف لدى المحاكم

بالموعد

Enfant ARIF Med Karam

Age : 9 ans 9 mois

Poids : 35,00 Kg

1 ZAMOX 500 MG SACHETS (9)

2 boîtes

Prendre 1 sachet 3 fois par jour avant les repas.

2 BRONCOLIBER SIROP ENFANTS

prendre 1 càc le matin le midi et le soir, après repas.

3 POLYDEXA AURICULAIRE

Mettre 2 gouttes 3 fois par jour pdt 8 jours.

4 CETAMYL 500MG SACHETS

prendre 1 sachet 3 fois par jour avant les repas.

Dr. EL MACHTANI IDRISSE
PEDIATRE
287, Bd. Oued Eddahab, Jamila 5
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél.: 05 22 55 26 75

30,00

PPV: 68DH00
PER: 09-25
LOT: L3187

21/80

