

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-811855

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : EL DRISSI A ZI  
 Date de naissance : 01/01/1970      198442  
 Adresse :  
 Tél. : 0664791442      Total des frais engagés : 986,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/01/2019  
 Nom et prénom du malade : El Drissi Ilyes      Age : 18/12/2019  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Affection respiratoire  
 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      Le : 02/01/2019  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-811855  
 Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
 Matricule : 11457  
 Nom de l'adhérent(e) : El Drissi Ilyes  
 Total des frais engagés : 986,60  
 Date de dépôt : 02/01/2019

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





Docteur Adil Fath Allah  
Pédiatre

Ordonnance

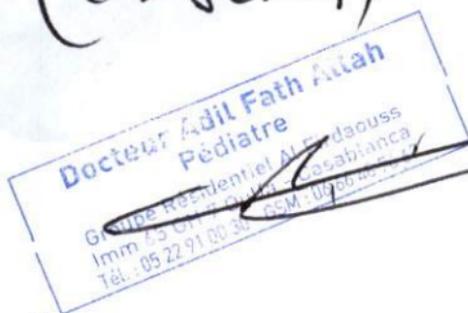


, le 02/01/2024

Elidriss = lyan

reçu la somme de deux cent  
deux cents

Pour nebulisation  
(02 séances)



Docteur Adil Fath Allah  
Pédiatre



الدكتور عادل فتح الله

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضع  
طبيب سابقا بمستشفى الأطفال ابن رشد  
رئيس سابقا لقسم الأطفال بمستشفى الحسنى

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd  
Ex. Chef du service de Pédiatre Hôpital Hassani

94302  
13/01/2024

02/01/2024

Elidrissi Ilya

184016 ans

6480x2

① Augmentin susp enf -

19kg x 3/j  
x 08/j  
à 6cc x 2

②

Bonastiser  
susp

1830

③

Boutovent susp

2190

④

Effipred cp 5mg -  
03cp/24h à prendre  
en 1 seule prise (T 105):

2300

⑤

Brufen susp 2cc / 6<sup>h</sup>

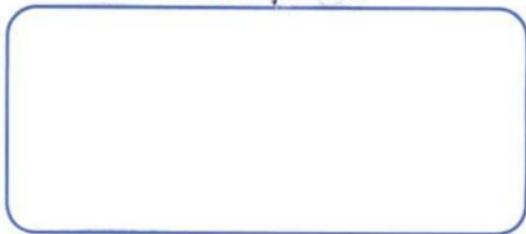
2210

= 215,60



Docteur Adil Fath Allah  
Pédiatre

Ordonnance



Enfants  
Slyas

13/01/2024

S.V

S.P

57,00 x3

Triadon Amp Pij 500  
Pij 2ml (n=3)  
203j

171,00

PHARMACIE EL OULFA  
PHARMAKOVA  
Dr. SYLSTAKOVA YASMINE  
N°54, Bd. Oued Tanim Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 91 32 92

Docteur Adil Fath Allah  
Groupe Résidentiel Al Firdous  
Imm. 5 GH 7 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 21 09 30 - Uskt: 06 65 63 76 67

22,10 ←

PPV (DH) :  
Lot N° :  
UT. AV :

**BRUFEN**<sup>®</sup>

100 mg/5 ml  
**BRONCHATHIOL**<sup>®</sup>  
Carbocistéine 2%

PPV 18DH60  
PER 06/26  
LOT M2246

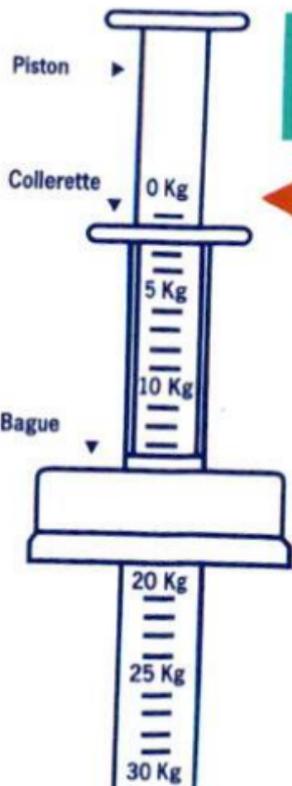
ENFANT

**Butovent**<sup>®</sup>  
0,04%  
Salbutamol

21,90

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

100mg/12,50mg/1ml



**enfant**

▶ **1 dose-graduation n° .....**

3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

جرعة رقم ..... 3 مرات في اليوم، من الأفضل  
قبل الأكل، مدة ..... يوم

PPV: 64,80 DH  
LOT: 652506  
PER: 06/2025

ANIQUE

**IN**

/1ml

**enfant**

**se-graduation n° .....**

.....  
s/jour, à prendre de  
férence au début des repas,  
ant ..... jours.

جرعة رقم ..... 3 مرات في اليوم، من  
قبل الأكل، مدة ..... يوم

PPV: 64,80 DH  
LOT: 652506  
PER: 06/2025

**TRIAxon**<sup>®</sup>

Ceftriaxone I.M.

LOT: T-03-5  
PER: 11-2025  
PPV: 57,00DH

x3 Coel

PHARMACIE EL OULFA  
PHARMACIA  
DR. SAIBATKOVA  
18.02.23 21.35.33  
TEL: 02 22 00 00 00