

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, parodontologie 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° W21-614376

100998

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELIDRISSE A. Z. Z.

Date de naissance : 21/12/1977

Adresse :

Tél. : 0664791442 Total des frais engagés : 869,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2021

Nom et prénom du malade : ELIDRISSE Ilyass Age: 44 ans

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 : 06/12/2021 Le : 21/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP: 05104386

Docteur Adil FAYE
Pédiatre
Hôpital Al Firdaous Trm.

Montant de la Facture

80,00
 200,20
 280,20
 9,90
 290,10

152/1202 EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Dispensaire

Date

Montant de la Facture

80,00
 200,20
 280,20
 9,90
 290,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Procureur général du Barreau

Date _____

signation des
coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES

Dents Tritées	Nature des Soins	Coefficient
------------------	---------------------	-------------

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adil Fath Allah

Pédiatre

E. Lidiouss
Tlyar

Ordonnance



18/12/2021

reçu le homme de docteur
catholique
dent

Pour vaccination (02)

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ordonnance

Groupe Résidentiel
65 CH 7 87
Abdianca
Fidel Al Firdaousi mm
Pédiatre
Docteur Adil FATHALLAH

21/12/2021

PPV: 80DH00
PER: 10/24
LOT: K2706



ALORISSI

Ilyas

Atib

8000

Azix on Abithina

15g
1 fois (T x 03j)

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

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



الدكتور عادل فتح الله

اختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع
طبيب سابقا بمستشفى الأطفال ابن رشد
رئيس سابقا لقسم الأطفال بمستشفى الحسن

G 16/12/2021
28445

Casablanca, le 07/12/2026



- Ilyass

2 ans et demi / 13,600



30.00

① Bronchiliber luf^r

1cc x 2/j

29.00

② Nausilium Susp

1 ppte → 14/6 x 3/5

70.60

③ Augmentin luf^r

1 ppte → 14/6 x 3/5
108j

= 200,20

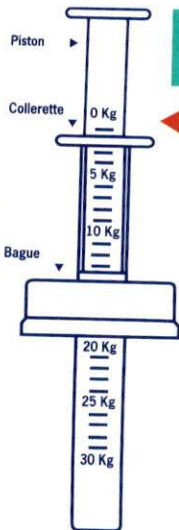


Docteur Adil FATHALLAH
Pédiatre
Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 GH 7 RDC Oulfa-Casablanca
Tél: 0522.91.00.30 - GSM: 06.66.48.76.67

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: 70,60DH
LOT: 645388
PER: 06/2022

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

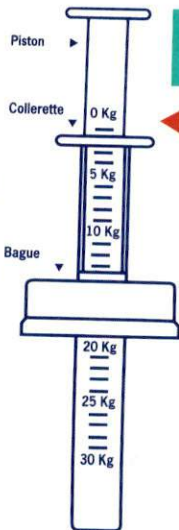
GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

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: 70,60DH
LOT: 645388
PER: 06/2022

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

Docteur Adil Fath Allah

Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

Ex. Chef du service de Pédiatrie Hôpital Ha

LOT: R-03-4
PER: 04-2023
PPV: 57,00DH



فتح الله

لطفل و الرضيع

لأطفال ابن رشد
مستشفى الحسن

LOT: P-03-3
PER: 04-2022
PPV: 57,00DH



G 21/12/2021
29H

Casablanca, le

18/12/2021

ELIDRISSI - Ilyas

5 x 4

13,6 kg - (15)

1/Triaxon Amp Pnj 500 mg
(n°=4)
Pnj 1/1 x 4

11,40

Soliprane suppo 200 (15)

1 suppo / 4^h - h20 > 38°



235.70

Docteur Adil FATHALLAH
Pédiatre
Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm.
65 Gh 7 RDC Oulfa-Casablanca
Tél: 0522 91 00 30- Urgences: 05 22 48 76 5



LOT: R-06-3
PER: 05-2023
PPV: 57,00DH

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca (

En face Commissariat Firdaouss - Tél.: 0522.91.00.30 - GSM : 06 60.46.70.67