

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

M23- 0026977

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MKHANTAR FATMA

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : HAY EL HANA - Rue 30 - N° 11 - Casablanca

Tél. : 06 61 60 9721

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 Jan 2024

Nom et prénom du malade : MKHANTAR Fatma

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : K.P.S

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
05 Jan 2024	C		2500	<p> دكتور المصطفى المصطفى إختصاصي في أمراض وجراحة العيون 54، شارع واد درعة - الأمانة - الدار البيضاء 05 22 94 67 45 / 06 31 16 92 92 INPT </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FIRRI Soumia
7, Marché El Hana Hay El Hana
05 22 94 67 45

05/01/24

781.00

inf 92030832

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 :

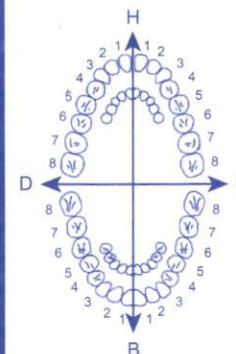
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

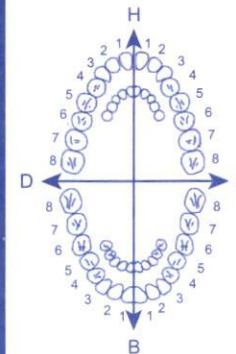
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[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

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور السرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 05 11 2024

FKHANTAR Fatma

150,00x2

Hylocomad SV cfe

galle 2g =

44,00x2
gel Rames

1 ap / san SV

179,00x2
Hye unidox SV

781,00x2 galle 2g =

السرواني مصطفى
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
54, شارع واد درعة - الأحياء - الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 - 05 22 89 75 38

54, شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألفة - الدار البيضاء
54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292
ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com
Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95



6 118001 100958
 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 PPV : 41.00 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI



6 118001 100958
 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 PPV : 41.00 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI



6 118001 100958
 GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
 PPV : 41.00 DH
 Distribué par COOPER PHARMA
 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
 Pharmacien Responsable:
 Mme Amina DAOUDI

PHARMACIE HAY EL HANA
 Mme. FIKRI SOUMIA
 7, Marché El Hana Hay El Hana
 Casablanca - Tél. 03 46 34 51 43



2025-11

LOT

306495

PPC:

150 DH



2026-10

LOT

308676

PPC:

150 DH

PHARMACIE HAY EL HANA
 Mme. FIKRI SOUMIA
 7, Marché El Hana Hay El Hana
 Casablanca - Tél. 03 46 34 51 43

LOT



PPC
DHS

0350623
 2025 06
 179,00

LOT



PPC
DHS

0350623
 2025 06
 179,00