

# 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.

## Diagnostic 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0002785

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8969 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL FATHI LALAOUI GHALIA Date de naissance : 26.09.12  
Adresse :  
Tél. : 061.06.26.29 Total des frais engagés : 494,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. Maria Zidani Fathallah  
Pédiatre  
Cité Essalem GH75, Imm. 140  
Apt. 3, Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 18 88  
Date de consultation : 11/09/2019  
Nom et prénom du malade : EL FATHI LALAOUI GHALIA Age : 26/09/2012  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Fièvre  
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 : 11/09/2019  
Signature de l'adhérent(e) :





# 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
17/09/19	u		200.00 DH	<p><b>Dr. Maria Zidani Fakhakh</b>  Pédiatre  Cité Essalam GH75, Imm. 140  Apt. 3, Oulfa - Casablanca  Tél: 05 22 93 74 88</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE ER-RYANE</b>  Dr. Saïda AFIR  Lot. Nour Lot. 1 Sidi Maârouf  Casablanca - Tél: 05 22 97 32 14</p>	17/9/19	294.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

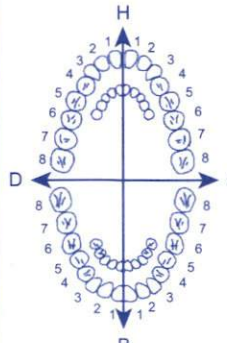
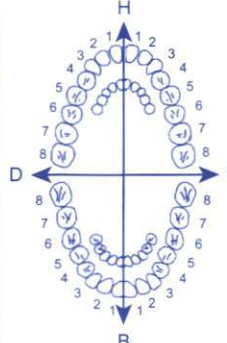
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Maria Zidani Fathallah**  
**PEDIATRE**

Spécialiste des Maladies de l'Enfant  
du Nourrisson et du Nouveau-né  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Casa  
Ancienne Pédiatre au CHU Ibn Rochd et à l'hôpital  
Mohamed Sekkat Ain Chock



الدكتورة مريم زيداني فتح الله

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال ابن رشد  
و مستشفى السقاو عين الشق

Casablanca, Le :

17.09.2019

الدار البيضاء، في :  
PHARMACIE ER-RYANE  
Dr. Saïma AFIR  
Lot. Nour Lot. IP 1 Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél: 05 22 97 32 14

**Enfant EL FATHI LALAOUI GHALIA**

Age : 2 ans 10 mois

Poids : 16,00 Kg

1 -ZECLAR 25mg/ml glé p susp buv : FI/100ml

38,50  
1 dose 16 x 2 / jour pendant 7 j

2 -APIXOL

49,50  
1 càc le matin, à midi et le soir.

3 -PRODEFEN, SACHET

39,00  
1 sachet par jour.

16,60  
4 -DOLOSTOP SIROP

1 dose de 16 x 4 / jours

294,00  
Dr. Maria Zidani Fathallah  
Pédiatre  
Cité Essalam GH75, Immeuble 140  
Apt. 3, Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 18 88

السلام GH75. إقامة 140. الشقة رقم 3. الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 18 88 / المحمول : 06 68 40 67 64

Cité Essalam GH75, Immeuble 140, Appartement N°3, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 18 88 / Gsm : 06 68 40 67 64

E-mail : maria@zidani.net

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot :

Date de Fab :

Date de Pér :

PPC : 99 Dhs

109920

01.2019

01.2021

Lot:

190253

À consommer  
avant le:

04/2022

PPC: 79,50 DH

LOT : 3505

UT.AV : 06 - 22

P.P.V : 16 DH 60

Maphar

Km 19, Route Côtière 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Zeclar 25mg/ml gle susp buv

P.P.V : 98,90 DH

3   
6 118001 182862