

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-826076



| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 10963 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | 192634 |
| Nom & Prénom : YAHYA MAHMOUD FADOUA | | | |
| Date de naissance : 28/05/73 | | | |
| Adresse : Le oasis square 84 apt 207 Casab | | | |
| Tél. : 0668617303 | Total des frais engagés : 2004364 Dhs | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <div style="text-align: center;"> </div> | | | |
| Date de consultation : 13/12/23 | | | |
| Nom et prénom du malade : Mohammed Fadoua Age : 50 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Rhino pharyngite - laryngite | | | |
| 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. | | | |

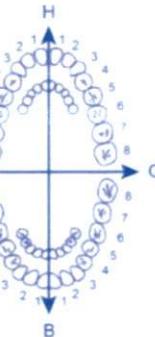
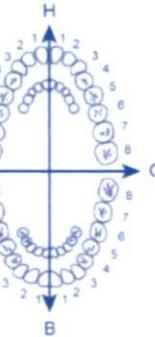
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : **CASAB** Le : **29/10/2024**
 Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVE 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 |
| 13/12/23 | C | | 200,00 | INP : INPI: 0910444201 Docteur DEBBARH Laïla Médecine générale Nadla, imm 3 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE D'AL T. EL ARAQI D'AL bis, Rue des Jeannaeux, Oasis Casablanca 22 754 - Fax: 05 22 230 292 | 13/12/2023 | 364,32 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

• VIOLET ADHERENT

| RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées (List of treated teeth) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط

الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف. الدار البيضاء. الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 13/12/23

Nahama Fedwa

123,00

→ Rovamycin 31 cp 1S
1cp x 2 fois / après

40,00

→ Effipred 20 mg
3 cp off après petit

18,20

→ Aforaxis 150 gel
1 gel au cours

45,00

→ Fespiranol sirop
1CS matin

78,20

→ Loréus cp 1S
1cp le soir x 1 mois

59,00

→ Toudex cp sucre 3 cp /

364,30



EFFIPRED®
20 Comprimés effervescents 20 mg
PPU: 40DH00
EXP: 05/2026
11 9

150 مل

LOT: M0850
PER: 09/2024
PPU: 18,20 DH



Deva Pharmaceutique

Docteur DEBBARH Laila,
Médecine générale
Centre Commercial Nadia, Imm 3
Route d'El Jadida - Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 98 22 57

PHARMACIE DALAI
PHARMAAQ DALAI, oasis
P.T.E.L. ~~annexes~~
24 bis, Rue des ~~annexes~~
Casablanca
Tél: 05 22 992 754 - Fax: 05 22 230 297

LQT 23.018/FC1

PER 01/2026 PPC 59,00

14 Comprimés à sucer



دو قاميسين® 3 م.و.د.

ROVAMYCINE 3MUI
GP PEL B16

LOT : 22E001
PER : 03/2025

P.P.V : 1230H90

6 118000 060277

78,20

PPV 7804203
PER 06/25
LOT M2008



6 110989 087678

LOT : 0027
PER : 03-25
PPC : 45.00DH