

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-641917

82213

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUACHTI Zineb

Date de naissance : 31/03/84

Adresse : Residence Ambar 1 - Apt 033

Quartier APmaz - Casablanca

Tél : 0661194727

Total des frais engagés : 404,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachida CHAMI  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maarif Angle Brahim Roudani et  
Abov Isahak Al Marount - Casablanca  
Tel : 05 22 00 03 63

Date de consultation : 12 JUL 2025

Nom et prénom du malade : ALDANI Yasmine

Age : 2 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Diarrée

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 : 25/07/2025

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 JUL 2021     | cs                | 7                     | 300dh                           | INP : 09M57222   |
|                 |                   |                       |                                 | Dr. Rachida CHAMI  |
|                 |                   |                       |                                 | Professeur de Pédiatrie  |
|                 |                   |                       |                                 | Espace Makhoul, Angé Brahimi-Roudani et                        |
|                 |                   |                       |                                 | Abou Isahak Al Marouzi - Casablanca                            |
|                 |                   |                       |                                 | Tel : 0522 69 64 64  |
|                 |                   |                       |                                 | WTSP : 0619 13 50 00   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Montant de la Facture |
|---|-----------------------|
| PHARMACIE CASAVIEW<br>Centre Commercial Casaview<br>Nassim Islane - Casablanca<br>Tél : 0522 69 64 64<br>WTSP : 0619 13 50 00 | 104,00                |

# ANALYSE RADIOGRAPHIQUES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 :

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                              | 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"> <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  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |  |                  |  | 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



Casablanca, le

12.07.2021

AIDANI Yasmine

**1 DISPAINOL 80 MG CP**

1 cp à dissoudre dans l'eau en cas de douleurs abdominales intenses

**2 DOLI-PEDIATRIQUE SIROP**

1 dose de 12 kg toutes les 6 heures pendant 1 jour  
puis à la demande

**3 ULTRALEVURE SACHETS**

1 sachet matin et soir pendant 3-4 jours

LOT 200106  
EXP 01/2023  
PPV 19.50DH

Lot : 6196  
BIOCODEX MAROC  
Fab : 10/20  
PPV 67.00 DH  
EXP : 10/23

PHARMACIE CASAVIEW  
Centre Commercial Casaview  
Nassim Islane - Casablanca  
Tél : 0522 89 84 84  
WTSP : 0619 13 50 00

Dr. Rachida CHAMI  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maârif, Angle Roudani et  
Abou Ishak Al Marouni - Casablanca  
Tél : 05 22 99 63 63

**Doli®**  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

PPV 17DH50  
PER 10/23  
LOT J2222