

# 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.



Conjoint RAM  
M<sup>re</sup>: 13181

197825

## Déclaration de Maladie : N° S19-0047758

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 134 M Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Id. Chouekh Oujdane Date de naissance : 28/04/1996  
 Adresse : Bd Biran Zarane Residence Kinan Etg 4 Apt 32  
 Tél. : 06 82 16 73 23 Total des frais engagés : 464,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DEBBARH Laila  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadia Imm 3  
Route d'El Jadida - Madrif - Cas  
Tél.: 05 22 98 77 57

Date de consultation : 02/02/24  
 Nom et prénom du malade : Id. Chouekh Oujdane Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : Casablanca Le : 04/03/2024  
 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

# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/12/24        |                   |                       | 200,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/12/24 | 264,30                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

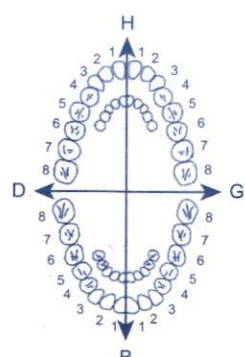
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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"/>         |
|   |                |                  |             |  |
|   |                |                  |             |  |

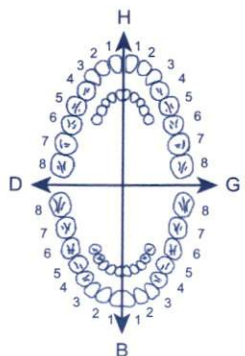
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

# (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, 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"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur DEBBARH Laïla

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  
بالبطاقة  
الطب العام

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

HARMACIE EL PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

Casablanca, le 02/2/24

Id - choueik h ouijdaue

134,80

- levamox 1p eff

40,00 1cp x 2 fois/j x 6j

- Nalgam 200

89,50 1cp x 3 fois/j après repas x 5j

- Fitorax spray buccal

1pvl x 3 fois/j

T= 264,30

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

**LEVAMOX®**   
 12 comprimés effervescents 1g/125mg  
  
 6 118000 032878

**LEVAMOX®** 1.9 12 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS  
 PPV 134DH80  
 LOT 20049 2  
 EXP 02/2025

Molgam 200mg boîte de 20 comprimés   
  
 6 118000 092001

# Molgam®

ACIDE TIAPROFENIQUE

**200 mg**  
 20 comprimés

LOT : 6817  
 PER : 08 - 26  
 P.P.V : 40 DH 00

Anti-inflammatoire

**FitOrax®**  
 Spray gorge

Adultes

**MEDIPRO**  
 PHARMA

  
 8 051128 636444

LOT 230035  
 2026/01  
 PPC : 89,50 dh