

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 063807

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00420 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAIK Khaddouy  
 Date de naissance : 14-11-69  
 Adresse : G.K. - Rue 161 - N° 15  
 Tél. : 0625104722 Total des frais engagés : 1521.60 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. DIDOUH ABDERRAHMANE  
 MEDECIN-PSYCHIATRE  
 15 RUE MOULAY RACHID - APPT 1  
 HASSAN RABAT  
 TEL / FAX : 05 37 70 96 36

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Neuropsychiatrie  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/01/23

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
17.1.2023		05	300 Mr	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie WILLY ZEKRI Abdelati 2202024 en Pharmacie Abdelati Oued Moulouya El Oued ICE: 00000000000000000000 Tel: 0522 00 55 55	17.01.23	152160

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

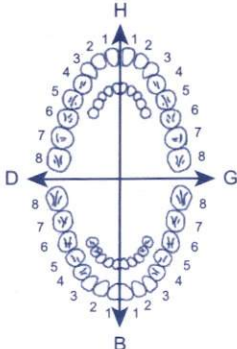
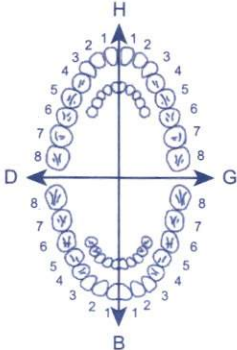
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>														
				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. DIDOUH Abderrahmane**

Medecin - Psychiatre

Psychothérapeute

Ancien Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques  
de Berrechid et de Tanger

Ancien Chef du Service de la Santé Mentale  
et des Maladies Dégénératives au Ministère de la santé

**الدكتور ديدوح عبد الرحمان**  
طبيب اختصاصي في الأمراض العقلية  
والنفسية - التحليل النفسي

طبيب رئيسي سابقا لمستشفيات  
الأمراض العقلية لبرشيد وطنجة  
رئيس سابقا لمصلحة الصحة العقلية  
والأمراض المتكسكة بوزارة الصحة

Rabat, le 17.1.2023

نائب CHAK

Khadouy

126,80 x 12

N 1141

No-Deplo



DR. DIDOUH ABDERRAHMANE  
MEDECIN-PSYCHIATRE  
15. RUE MOULAY RACHID . APPT 1  
HASSAN RABAT  
TEL / FAX : 05.37.70.96.36

PHARMACIE WILAYA MOULAY RACHID  
224 Doc. en Pharmacie  
224-224 al Oued Moulouya El Oulla  
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13  
CE: 002291220000071

6 me

T: 1521.60

LOT: 390  
PER: ~~MAR~~ 2024  
PPV: 126 DH 80

LOT: 398  
PER: SEP 2024  
PPV: 126 DH 80

LOT: 343  
PER: ~~MAR~~ 2023  
PPV: 126 DH 80

LOT: 311  
PER: ~~DEC~~ 2022  
PPV: 71 DH 00

LOT: 385  
PER: ~~AVR~~ 2024  
PPV: 126 DH 80

LOT: 373  
PER: ~~AVR~~ 2024  
PPV: 126 DH 80

LOT: 354  
PER: ~~OCT~~ 2023  
PPV: 126 DH 80

LOT: 364  
PER: ~~DEC~~ 2023  
PPV: 126 DH 80

LOT: 374  
PER: ~~JAN~~ 2024  
PPV: 126 DH 80

LOT: 393  
PER: ~~MAR~~ 2024  
PPV: 126 DH 80

LOT: 350  
PER: ~~SEP~~ 2023  
PPV: 126 DH 80