

# 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.

## Biologie 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- 0046449

ND: 86656

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 206420 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Kholoud CHAIK

Date de naissance : 14-11-69

Adresse : G.H. Rue 161 N° 15 - Oulfa - Casablanca

Tél. : 06 25 10 47 22 Total des frais engagés : 3004843,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/2021

Nom et prénom du malade : CHAIK Kholoud Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie

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 : Le : / /

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
20-5-2024			3000	

DR. DIDOUH ABDELMONEEM  
MEDECIN DENTISTE  
15 - RUE MOULAY RACHID - APPT 1  
JASSAN RABAT  
TEL / FAX : 05.37.70.9636

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/24	843,30

DR. DIDOUH ABDELMONEEM  
MEDECIN DENTISTE  
15 - RUE MOULAY RACHID - APPT 1  
JASSAN RABAT  
TEL / FAX : 05.37.70.9636

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

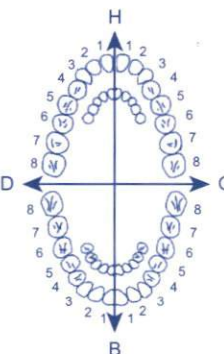
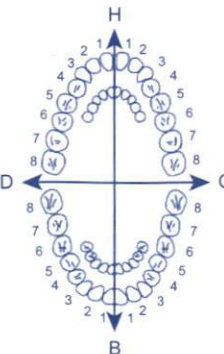
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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 المتكسبة بوزارة الصحة

Rabat, le 20.8.2021

Rabat Cherif

Khobory

126,80x3

10-Sept 2021

154,30x3

5-Sept 2021

1:843,30

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

PHARMACE WILAYA MADAGASCAR  
ZEKRAHAB  
Docteur en Pharmacie  
20-22-24 Bd Oued Moulay El Ouia  
asablanca - Tel: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220000071

LOT:330  
PER:MAR 2023  
PPV:126 DH 80

LOT:316  
PER:JAN 2023  
PPV:126 DH 80

LOT:316  
PER:JAN 2023  
PPV:126 DH 80

LOT:KE00042  
PER:MAY 2022  
PPV:154 DH 30

LOT:KE00042  
PER:MAY 2022  
PPV:154 DH 30

LOT:KE00041  
PER:MAY 2022  
PPV:154 DH 30