

## 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.

N° W21-792439

2025M

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	1908	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHAKROUN RACHID		
Date de naissance : 09/09/55		
Adresse : AD. OUV RABIS Rue 12 N° 83. RES. Souad Apt 1 Duffa case		
Tél. : 0650630007	Total des frais engagés :	467,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. HASSAN VENDELLA	
Date de consultation :	27/09/2026
Nom et prénom du malade : CHAKROUN Rachid	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection de longue durée	
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 : casa

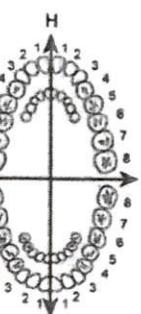
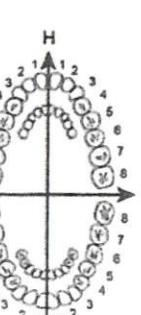
Le : 08.10.2026

Signature de l'adhérent(e) : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUM EL BIDA Dr Abdallah Hay Hassani Boulevard Oum El Bida Casablanca Tel: 05 22 90 81 10	27-1-24	16720

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
					<b>RN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table 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;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

أمراض الجلد والشعر والأظافر

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles

الأمراض المنقولة جنسيا

Maladies sexuellement transmissibles

Diplômée de l'Université de Versailles Saint Quentin en actes de :

طب التجميل

Dermatologie Esthétique

علم الليزر

Lasers Cutanés



Dr. Houyam MOUNDIB

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Casablanca, le : 27 / 01 / 2024

N° CHAKROUN Néfudi

1/ Fiderma Acnefid gel Nettoyant Purifiant.

Toilette Bidquotidienne

2/ Cicalfate + Crème Réparatrice Acne .

13P / m2T.W.

3/ Heliocare 360° gel oil-free invisible SPF50+

13P / 2heures (Si Exposition Solaire)

29Dhs

4/ Cutacryl gel 2,5 %

180g/2

5/ Teen Derm A2 Soin intense Anti-imperfections

180g/2

**CUTACNYL 2,5 %**  
Gel pour application locale sur  
AMM N°58 DMP/21/NCI  
PPV: 29.20 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc



6 118001 071234

6/ Tetralysal 300



Age / Soin. Pdt = Noé.

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA

690 42

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA

T = 167 m

PHARMACIE OUM ERRAHI  
Dr. Adnane BI DAH  
49 Boulevard Oum Errahi - Tel. 06 22 90 80 12  
Boulevard Casablanca - Tel. 06 22 90 80 12

Dr. Noureddine MOUNIDI  
DERMATOLOGUE ENERLOGIQUE  
10, Bvd M. Ben Abdellah - Bvd Oum Rabia,  
3er étage, app. 501, Sidi Ifra, Casablanca  
0522 90 70 85