

## 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

- Reclamation : [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 Annexe 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° W19-571400

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194 Société : 43 SAS YPVP

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALLOD ALP

Date de naissance : 15/09/2020

Adresse : ABOUTE Aicha

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur R. MOSSEDDAQ  
Neurologue - Eliseo Diagnostic  
Avenue Hassan II Résidence LHAM 2  
Appt 1 - Témara Centre  
Tél: 05 37 61 05 68

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2020

Nom et prénom du malade : ABOUTE Aicha

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

Nature de la maladie : Maladie chronique sérieuse

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 : Témara Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-571400

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 194

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
15/09/2020	03	03	250	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Professeur R. MOSSEDDAQ Neurologue - ElectroDiagnosticien Avenue Hassan II Résidence II HAM 2 Appt 1 - Temara Centre Tél: 05 37 01 05 68

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/2020	2406,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
			FIN D'EXECUTION [ ]	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           H            25533412            00000000            D         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G            35533411            11433553            B         </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS [ ]	
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



الدكتور رشيد صديق

أستاذ بكلية الطب بالرباط  
اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي، أمراض العضلات،  
الصرع و التشخيص الكهربائي للدماغ والأعصاب الطرفية



M. decin R. Mosseddaq

Professeur de neurologie  
Spécialiste des maladies du système Nerveux,  
Muscles, Epilepsie, Accident Vasculaire Cérébral,  
ÉlectroEncéphalographie - ÉlectroMyographie

INP: 101173854

Alonte  
Aichia

15 SEP. 2020

Sob, 4  
= 2024,00

1 - Dopezil 10

15/09/2020

2 - 1 ana Kou suspension

3 - 1 pipeti nome x 21

4 - 1 pipeti nome x 21

5 - 1 pipeti nome x 21

6 - 1 pipeti nome x 21

7 - 1 pipeti nome x 21

8 - 1 pipeti nome x 21

9 - 1 pipeti nome x 21

10 - 1 pipeti nome x 21

11 - 1 pipeti nome x 21

12 - 1 pipeti nome x 21

شارع الحسن الثاني، تجزئة البروفنسال، إيام 2  
أمام محطة طوطال - تمارق المركز  
الهاتف والفاكس : 05 37 61 05 68  
البريد الإلكتروني : mossedrach@gmail.com

Avenue HASSAN II, lotissement provençal,  
résidence Ilham 2, App A1, En face station Total  
Tél./Fax : 05 37 61 05 68  
Téméra - centre  
Email : mossedrach@gmail.com



LOT: 7MA016  
PER: 11/2020

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML

P.P.V: 67DH80



118000 011552

LOT: 7MA016  
PER: 11/2020

TANAKAN 40MG/ML  
SOL BUV FL 30 ML

P.P.V: 67DH80



118000 011552

LOT

PER

PPV

37,60

LOT

PER

PPV

37,60

72.00 DH

11.2022  
L 2000501



4 026466 004907

72.00 DH

11.2022  
L 2000501



4 026466 004907

PPV: 506 DH 00

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال.

PPV: 506 DH 00

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال.

PPV: 506 DH 00

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال.

PPV: 506 DH 00

من 25 درجة مئوية.  
تداول الأطفال.

LOT: 20E028  
PER: 06/23 PPV: 13DH80

LOT: 20E028  
PER: 06/23 PPV: 13DH80