

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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 caractére 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2923 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKHSSAS Rachid

Date de naissance : 01/07/1980

Adresse : lets Oued Fes Rue la N°16 Fes

Tél. : 06 61 83 53 28 Total des frais engagés : 616,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Cela Le : 17/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prie de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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												
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">H</th> <th style="width: 50%;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												

VOLET ADHERENT	NOM : <b>LAKHSSSSI RACHID</b>	Mme <b>08983</b>
DECLARATION N° <b>P</b>	 <b>MUPRAS</b> Mutualité de l'assurance pour les personnes à la retraite	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<b>DH 616,20</b>	<b>07</b>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutualité		

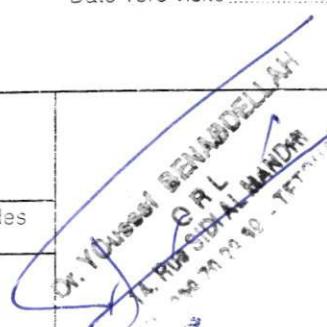


P 1

**DATE DE DEPOT**

1/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 02923		
Nom & Prénom LAKHSSASSI RACHID				
Fonction Retraité	Phones 0661835328			
Mail rachid.lakhssassi.1947@gmail.com				
MEDECIN	Prénom du patient LAKHSSASSI Rachid			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 10/12/1950		Date 08.12.20		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<b>GLAUCOME</b>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient		
Cr		G		
		Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date 08.12.2020		
Montant de la facture		616,20		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	



Dr. Youssef SEMAIDI  
1, Rue Sidi AL MANDIR  
121220 - TETOUAN

Pharmacie Alami  
Lot Al Bahr Av Tetouan  
N° 300 M'dina  
Tél : 05 39 66 37 66  
INP: 16209418

Dr. Youssef Benabdellah

الدكتور يوسف بنعبد الله

SPÉCIALISTE  
NEZ - GORGE - OREILLES  
CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE  
DIPLÔMÉ DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

اختصاصي في أمراض  
الأنف - الأنف - الحنجرة  
جراحة العنق والوجه  
خريج جامعة بوردو

Tétouan, le 02-12-20 تطوان، في

en LA UTTASSASSI à Achihi

54,10 x 2

1 - L'ARMABAK 0,9% (Liberté)

1 fl + 3 fl ))

127,00 x 4

2 - XALATAH 0,005% (Li  
Boeg

1 gte le 10ml = 24 kres

T = 616,20

Dr. Youssef BENABDELLAH  
ORL  
14, Rue Sidi El Mandri  
Tétouan 33000 - Tétouan

Pharmacie Alami  
Lot Ak Bahr Av Tétouan  
N° 300 M'diq  
Tél : 05 39 66 37 66

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6118001100651  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6118001100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00